Nr. 9. 2. marca 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Henryk REISS, asystent kliniki. Kraków.

W sprawie wartości rozpoznawczej skróconych odczynów serologicznych w kile.

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.
Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

W ostatnich czasach podał Kadisch własny sposób badania surowic kiłowych, który pozwala w istocie na szybkie wykonanie odczynu, ze względu na nadzwyczaj uproszczoną jego technikę. Odczyn ten, jako hemolityczny, prosty i łatwy ze względu na niewielką ilość odczynników, nie zmniejsza, jak się zdaje, swoistości, a zwiększa czułość odczynów hemolitycznych.

Kadisch używa do odczynu dwóch małych probówek, t. j. jednej oryginalnej, drugiej kontrolnej. Do obu wlewa po 0,2 cm³ czynnej, odciągniętej z nad skrzepu, nierozcieńczonej surowicy. Ponadto wlewa do probówki kontrolnej 0,5 cm³ rozczynu soli fizjologicznej. Następnie wlewa 0,7 cm³ zawiesiny [1]) antigenu, a po wymięszaniu dokładnem płynu w obu probówkach, dodaje do każdej po 0,5 cm³ zawiesiny odwirowanego osadu przemytych w soli fizjologicznej krwinek baranich.

Po pięciu minutach trzymania probówek w kąpieli wodnej (40° Cels.) można przystąpić do odczytywania wyniku.

Odczyny podobne wyżej opisanemu, lub zasadniczo podobne, wykonywali i inni autorowie, otrzymując różnorakie wyniki. Opierając się na wynikach tych i podobnych odczynów, uważać je można, jako zasadniczo czulsze od odczynu Wassermanna, nie dorównywujące mu jednak swoistością (p. piśmiennictwo).

Korzystając z materjału kliniki dermatologicznej U. J., wykonałem odczyn Kadischa z 350 surowicami. Z tej liczby kiły I było 11,6% (leczonych 5,6%), kiły II 10,8% (leczonych 4%), trzeciorzędnej 4,8% (leczonych 3,6%), kiły utajonej 44%, kiły wrodzonej późnej 1,6%, wrzodu miękkiego 2%, chorób skórnych 11,6% innych cierpień 13,2%.

Zasadniczo posługiwałem się sposobem podanym przez Kadischa, zmieniając wszelako lub wykluczając pewne momenty lub szczegóły, czyto w celu uzyskania pewniejszych wyników, czy też dla uproszczenia sposobu postępowania.

Technikę badania łącznie z przygotowaniami stosowałem jak poniżej:

A) Surowica krwi: Surowica nierozcieńczona, czynna (nieogrzewana). Nie musi być całkiem świeża, i może być nawet nieco shemolizowana. Można jej użyć w ilości do 0,3 cm³ [2]).

B) Antigen. Antigen z serca wołu [3]), sporządzony sposobem Bordet'a, z dodatkiem 1% cholesteryny w alkoholu absolutnym w stosunku 4 na 100. Chcąc uzyskać zawiesinę antigenu potrzebną do badania, wlewa się odpowiednią jego ilość, najlepiej 1 cm³ antigenu cholesteryzowanego do probówki, zawierającej 1 cm³ 3% rozczynu soli kuchennej, następnie do tak przygotowanej mięszaniny wlewa się natychmiast 13 cm³ rozczynu soli fizjologicznej, ogrzanego w kąpieli wodnej do 65° Cels., poczem otrzymany płyn miesza się (najlepiej przelać 2—3 razy z jednej probówki do drugiej). Po wymięszaniu wlewa się prędko otrzymaną w ten sposób zawiesinę antigenu do surowic stosownie do techniki badania.

C) Krwinki baranie. Użyć można 2% zawiesiny osadu przemytych krwinek baranich w rozczynie soli fizjologicznej, lub 4% rozczynu zwykłej odwłóknionej krwi baraniej w rozczynie soli fizjologicznej [4]).

Samo przeprowadzenie badania było następujące: Badaną surowicę krwi, oddzieloną od skrzepu, wlewa się do dwóch probówek (oryginalnej i kontrolnej) po 0,3 cm³, poczem dodaje się do kontrolnej 0,5 cm³ rozczynu fizjologicznego soli kuchennej. Następnie wlewa się do oryginalnej 0,7 cm³ świeżo przygotowanej zawiesiny antigenu (p. wyżej). Po wymięszaniu dodaje się do każdej probówki po 0,5 cm³ 4% zawiesiny odwłóknionej krwi baraniej lub w tejże ilości 2% zawiesiny osadu krwinek baranich. Po wymięszaniu umieszcza się probówki na 5—6 minut (w razie konieczności nieco dłużej) w kąpieli wodnej [5]) o ciepłocie 40—41° Cels. [6]). (Wystarczy umieścić probówki w naczyniu z wodą o 40° Cels. i przykryć naczynie nakrywką, bez potrzeby utrzymywania jednakowej ciepłoty podgrzewaniem). Wyniki odczytuje się w sposób podobny, jak przy odczytywaniu wyników odczynu B. Wassermanna i to albo natychmiast po wyjęciu z kąpieli wodnej [7]) wobec tego, że już wkrótce później surowice słabo dodatnie stają się ujemnemi (łatwiejsza hemoliza w surowicach nieogrzewanych) a tylko silnie dodatnie zachowują swój charakter przez czas dłuższy, — albo nawet po kilku minutach, by osiągnąć większą wyrazistość wyników.

Jako surowice pewne kiłowe, uważać należy te surowice, które dają wynik wyraźnie dodatni, utrzymujący się przez czas dłuższy. Często widuje się przy odczytywaniu natychmiastowem wyniki b. słabo dodatnie lub ich ślady, które już po upływie kilku lub kilkunastu minut, wzgl. ½ godziny stawały się zupełnie ujemne. Surowic takich nie można uważać za kiłowe; dlatego to odczytywanie natychmiastowe, polecane przez Kadischa nie wydaje się wskazane. Surowice natomiast, których wyniki wypadły n. p. średnio lub słabo dodatnio z zachowaniem swego odcienia przez czas pewien (do kilku godzin), można uważać z wielkiem prawdopodobieństwem za dodatnie.

Pozatem wypada wyodrębnić wzgl. uzasadnić pewne szczegóły, jakie zachodziły w badaniach powyższych. I tak użycie nieco większej ilości surowicy (0,3 cm³) wobec polecanej przez Kadischa 0,2 cm³, podnosi w części stopień czułości odczynu, jakoteż wyrazistość (ostrość) wyników.

Zastosowanie zwykłej odwłóknionej krwi barana zamiast osadu przemytych krwinek baranich, — miało na celu uproszczenie i przyśpieszenie techniki badania. W istocie, kwestja użycia do odczynu środka, jednego lub drugiego, niema większego znaczenia, jeśli chodzi o wynik badania. Że zaś 2% zawiesinie osadu krwinek odpowiada 4% zawiesina odwłóknionej krwi tłumaczy się tem, iż ciałka czerwone stanowią objętościowo około połowę ilości krwi. Używana zaś w badaniach niniejszych 2% zawiesina osadu krwinek wobec 1% takiej samej zawiesiny używanej przez Kadischa, ma na celu wzmocnienie wyrazistości wyników. Albowiem przy używaniu zawiesiny 1%, płyn zawarty w probówkach jest zbyt blady i przez swój mało wyrazisty odcień utrudnia odczytywanie a zwłaszcza dokładne oznaczenie wyników. Użycie zawiesiny 2%, przy 0,3 cm³ surowicy, nie wpływało, jak miałem sposobność przekonać się o tem, — nawet w najmniejszym stopniu na niekorzyść odczynu. Powyższą odsetkę zawiesiny oznaczono po wypróbowaniu jej jako optimum w danych stosunkach liczbowych.

Jednym z warunków szybkiego wykonania badania jest niezawodnie rychłe otrzymanie surowicy z wziętej choremu krwi. W warunkach normalnych trwa dość długo zupełne skurczenie się i opadnięcie skrzepu. Przetrzymanie wziętej krwi w ciepłem środowisku (termostacie) celem przyśpieszenia skurczenia się skrzepu, a następnie krajanie skrzepu i odwirowanie jest niewątpliwie rzeczą kłopotliwą. Natomiast udaje się stosunkowo szybko uzyskać znaczną ilość surowicy przez dodanie do świeżo wziętej krwi nieznacznej ilości cytrynianu sodu, co praktycznie uskutecznić najlepiej w ten sposób, że upuszczamy choremu stosowną ilość krwi do probówki, do której wlano poprzednio n. p. 0,5 cm³ 5% rozczynu wodnego cytrynianu sodu. Skrzep się nie może wytworzyć, a ciałka czerwone opadają dość szybko na dno, — szybciej, niż w krwi odwłóknionej mechanicznie. Większa szybkość w opadaniu ciałek w krwi chemicznie odwłóknionej uwidacznia się najlepiej wtedy, jeśli ilość dodanego cytrynianu sodu jest niedostateczna; wówczas tworzy się skrzep, lecz wolniej i później; ciałka czerwone przez czas stosunkowo niewielki zdążyły opaść o tyle, że skrzep wytworzony jest w znacznej swej części biały, a tylko dolna jego część czerwona.

---

[1]) W doniesieniu późniejszem po 0,5 cm³.
[2]) Kadisch używa 0,2 cm³.
[3]) Kadisch używał z początku antigenu z serca wołu, a w późniejszych doświadczeniach — z serca ludzkiego.
[4]) Kadisch używa jedynie 1% zawiesiny przemytych krwinek baranich.

[5]) Według Kadischa ma trwać kąpiel wodna 5 minut.
[6]) Według Kadischa 40° Cels.
[7]) Kadisch poleca odczytywać natychmiast.

Spostrzeżenia moje dowiodły, że próby z surowicami uzyskanemi przez odstanie się skrzepu i surowicami uzyskanemi przez odwłóknienie krwi cytrynianem sodu i opadnięcie na dno ciałek (względnie ich odwirowanie, co znacznie skraca czas badania), — dają wyniki naogół jednakie, pod warunkiem wszakże, że się surowice uzyskane z odwłóknienia chemicznego podda badaniu najdalej w kilka godzin, a jeszcze lepiej natychmiast po wzięciu krwi badanemu. Pewne drobne odchylenia w identyczności wyników, jakie się wtedy czasem zdarzają, można przypisać uchybieniom w technice badania. Nie można jednak tego powiedzieć o takich surowicach, jeśli się je podda badaniu dopiero po kilkunastu godzinach lub kilku dniach; surowice takie nie nadają się do badania hemolitycznego. Własności takich surowic zbliżają się nieco do własności materjału, uzyskanego ze zwłok ludzkich i poddane próbie hemolitycznej, zachowują się w sposób częściowo do niego analogiczny [8]). Wypowiedzenie całkiem pewnego zdania o zdolności surowic uzyskanych z chemicznego odwłóknienia krwi do odczynów hemolitycznych, wymaga specjalnych w tym kierunku badań, przeprowadzonych na obfitym materjale.

Wyniki badania, odczytywane w 10 minut po wyjęciu probówek z kąpieli wodnej, można zestawić następująco: Z pośród badanych przypadków kiły I było ogółem wyników dodatnich 72,4% (słabo dodatnich 10,3%); mianowicie kiły I nieleczonej ogółem dodatnich 80% (słabo dodatnich 13,3%); w czasie leczenia: dodatnich 64,3% (słabo 7,1%). Z wszystkich przypadków kiły II było ogółem wyników dodatnich 82,5% (słabo dodatnich 3,5%), a mianowicie kiły II nieleczonej 100%, w czasie leczenia 65%. Kiła III dała ogółem wyników dodatnich 66,6% (wszystkie silnie). Z przypadków kiły utajonej było wyników dodatnich 72% (słabo dodatnich 6,3%). Z kiły wrodzonej późnej było dodatnich 75% (wszystkie silnie). Z innych chorób było dodatnich 13,7% (słabo dodatnich 3,4%).

Okres choroby w przypadkach ogółem (leczonych i nieleczonych)	Odczyn Kadischa	Odczyn B. Wassermanna	Odczyn zmętnienia Meinicke'go	Ilość wyników w odsetkach
Kiła I	+ +	+ +	+ +	38,8
	+ +	—	+ +	12,1
	+	—	+	6,4
	+ +	—	—	11,2
	+	—	—	3,9
	—	—	+	2,3
	—		—	25,3
Kiła II	+ +	+ +	+ +	79,0
	+	+ +	+ +	3,5
	—	—	—	17,5
Kiła III	+ +	+ +	+ +	60.0
	+ +	—	+ +	6,6
	—	—	—	33,4
Kiła utajona	—	—	—	28,0
	+ +	+ +	+ +	62,2
	+	+	+	1,0
	+	+ +	+ +	1,0
	+ +	—	+ +	3,5
	+	—	+	4.3
Kiła wrodzona późna	—	—	—	25.0
	+ +	+ +	+ +	75,0
Inne choroby	—	—	—	86,3
	+ +	+	—	1,0
	+ +	—	—	9,3
	+	—	—	3,4

Wyniki samozwrotne dawała kiła I w leczeniu (14,3%), kiła II w leczeniu (10%), kiła utajona (7,3%) i inne choroby skórne (4%).

[8]) Porównaj: R e i s s H.: „O wartości rozpoznawczej odczynów serologicznych na zwłokach ludzkich", (Przeglad dermatologiczny, Nr. 4, 1927).

Z powyższego widać, że skrócony odczyn hemolityczny, podany przez K a d i s c h a, przy pewnych przezemnie zastosowanych zmianach, wykazuje znamienny, wysoki stopień czułości w przypadkach kiły I, oraz dość wysoki w przypadkach kiły utajonej, równy czułością odczynowi zmętnienia Meinicke'go. W innych okresach kiły nie różni się on wybitnie co do swych wyników od innych odczynów hemolitycznych. Nieswoistość jego dość wysoka musi mu jednak odebrać zupełną samodzielność serodjagnostyczną. Z innych cech tego odczynu zwraca uwagę nadzwyczaj mała odsetka wyników s ł a b o dodatnich; zatem dopełniacz ulega tu zazwyczaj związaniu tylko przy odpowiedniej ilości ciał ochronnych i to wtedy związaniu zupełnemu; na mniejszą ich ilość nie reaguje. Pod tym względem wykazuje ten odczyn własności podobne do odczynu Wassermanna w modyfikacji Jacobsthala [9]). Załączona tablica podaje w odsetkach ilość wyników zgodnych z wynikami innych odczynów (które wykonano jednocześnie) w przypadkach poszczególnych okresów kiły w ogólności, przy określeniu znakiem ++ wyników silnie dodatnich, a znakiem + słabo dodatnich.

K a d i s c h w ostatniem swem doniesieniu [10]) określa absolutną zgodność wyników jako wynoszącą 73,7%, wykonując jako odczyny porównawcze próby Wassermanna, Meinicke'go i próbę Bruck'a z surowicami czynnemi. W moich doświadczeniach wynosi ona 88,9%, przy wykonywaniu jednoczesnem odczynów W. i Meinickego [11]).

Wnioskując ostatecznie, można stwierdzić na podstawie moich doświadczeń, że:

1) Odczynem hemolitycznym wg. K a d i s c h a, przeprowadzonym w sposób wyżej podany, można stwierdzić serologicznie zupełnie pewnie przypadki kiły jawnej.

2) Odczynem j. w. nie można jednak rozpoznać kiły utajonej w tych wypadkach, kiedy wykonywany równocześnie odczyn W. wypadnie ujemnie.

3) Odczynem j. w. można osiągnąć wyraźne wyniki dodatnie w tych okresach zmiany pierwotnej, kiedy j e s z c z e odczyn Wassermanna a czasem i odczyn zmętnienia Meinicke'go wypadają ujemnie, oraz we wszelkich okresach kiły leczonej, kiedy inne odczyny wypadają j u ż ujemnie.

4) Odczynem j. w. nie można się kierować przy rozpoznawaniu w ą t p l i w y c h przypadków kiły, o ile się nie wykonuje z temi samemi surowicami odczynu Wassermanna lub Meinicke'go.

Piśmiennictwo.

1) Dermat. Wochschr., 40, 1928. — 2) Dermat. Zeitschr. t. 54, 1928. — 3) Klin. Woch., 44, 1928. — 4) Med. Klin. 43, 1926. — 5) Arch. f. Schiffs. u. Tropp. Hyg., tom 31, 1927. — 6) Klin. Woch., 35, 1927. — 7) Dtsch. med. Woch.. 34, 1926. — 8) Skand. Arch. f. Physiol., t. 44, 1923. — 9) Kl. Woch., 16, 1924. — 10) Kl. Woch., 51, 1923. — 11) D. Arch. f. kl. Med., t. 144, 1924. — 12) Med. Klinik, 50, 1929.

Franciszek KMIETOWICZ (jun.). Lwów.

Wchłanianie siarkowodoru przez skórę.

Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. W. K o s k o w s k i.

Siarkowodór jest stałym składnikiem wód siarczanych, i nadaje im charakterystyczną woń. W wodach tych znajduje się w ilości około 0,05 g. na litr.

Polska posiada tylko zimne wody siarczane zasobne w siarkowodór. Źródła siarczane znajdują się w Lubieniu, Pustomytach. Niemirowie, Truskawcu, Busku, Solcu, Swoszowicach, Krzeszowicach i jeszcze w około pięćdziesięciu innych miejscowościach, z których jednak niewiele użytkuje swe źródła dla celów leczniczych.

W dużych nawet rozcieńczeniach w powietrzu zachowuje siarkowodór jeszcze swą charakterystyczną woń (1:100.000). Jeżeli jednak stężenie jego wzrośnie w powietrzu oddechowem ponad 0,00013 g na litr powietrza, a szczególnie jeżeli dosięgnie wartości 0,5 mg na litr to wówczas występują objawy zatrucia. Jeżeli stężenie osiągnie wielkość 1 mg. na litr powietrza następuje

[9]) R e i s s H.: „O znaczeniu jednoczesnego wykonywania kilku prób serologicznych", Przegl. dermatol. Nr. 4, 1927.

[10]) Medizinische Klinik. Nr. 50, 1929.

[11]) W mych doświadczeniach wynosi zgodność wyników w kile I 64,1%, kile II 96,5%, kile III 93,4%, utajonej 93,2%, wrodzonej późnej 100%.

śmierć zwierząt ciepłokrwistych i człowieka wskutek porażenia ośrodków oddechowych i naczynioruchowych. Objawy zatrucia występujące przy stężeniu 0,5 mg. na litr powietrza charakteryzują się wymiotami, biegunką, bólami głowy, przyśpieszeniem tętna i t. d. Odtruwanie ustroju odbywa się przedewszystkiem przez wydechanie siarkowodoru.

Siarkowodór może dostawać się do ustroju różnemi drogami i krąży wówczas we krwi częściowo w stanie wolnym, częściowo zaś tworzy zasadowe związki siarkowe. Połączenia te dostawszy się drogą krwionośną do płuc, w obecności bezwodnika węglowego, z powrotem przechodzą w siarkowodór, który z łatwością można wykazać w powietrzu wydechowem (Pohl).

W sprawie wchłaniania siarkowodoru przez skórę istnieją rozbieżne poglądy. Winternitz jeszcze przypuszczał, że siarkowodór wód mineralnych nie wchłania się przez skórę tak, że zainteresowanie siarkowodorem w terapji zaczęło maleć. Natomiast Maliwa, kąpiąc myszy białe w wodzie siarczanej dwudziestokrotnie rozcieńczonej i wstrzykując im zasadowy azotan bizmutu pod skórę stwierdził, że po półgodzinnej kąpieli siarczanej tworzył się pod skórą kąpanej myszy czarny siarczek bizmutu. Stwierdził też, że odczyn ten można wywołać i u ludzi, zastrzyknąwszy im w parafinie zasadowy azotan bizmutu pod skórę a następnie kąpiąc ich w kąpieli siarczanej. Odczyn ten występował pod skórą dopiero po 30—35 minutach, natomiast w powietrzu wydechowem myszy badanych wykazywał Maliwa siarkowodór już po 30 sekundach kąpieli.

Chodziłoby zatem o przekonanie się, czy istotnie siarkowodór rozpuszczony w wodach siarczanych może mieć wpływ na ustrój przez to, że wchłania się przez skórę i tą drogą dostaje się do ogólnego krążenia. Kąpanie małych myszy białych, mimo uszczelniania, może dawać możność inhalacji powietrza zawierającego siarkowodór. Dla uniknięcia tego błędu przeprowadzałem doświadczenia w sposób następujący: używałem do badania królików białych, którym dokładnie golono skórę na brzuchu. Siarkowodór stosowany był w postaci gazowej, a otrzymywano go przez działanie kwasu solnego na piryt w aparacie Kippa. Aparat Kippa umieszczony był pod digestorium szczelnie zamkniętem, zaś siarkowodór mógł być każdej chwili przeprowadzony rurką gumową do naczynia szklanego pojemności 200 ccm, szczelnie przylegającego do skóry królika dokładnie wygolonej. Naczynie szklane posiadało rurkę doprowadzającą siarkowodór oraz drugą rurkę odprowadzającą, przez którą siarkowodór wężem gumowym wyprowadzany był przez okno na zewnątrz pokoju. Brzeg naczynia szklanego przylegającego do skóry brzucha królika uszczelniano wazeliną. Zwalniając zacisk umieszczony na rurze gumowej doprowadzającej, przepuszczałem siarkowodór z aparatu Kippa przez naczynie szklane i w ten sposób mogłem obserwować działanie gazowego siarkowodoru na skórę oraz następstwa tego.

Jako wskaźniki mające świadczyć o obecności siarkoworu zastosowałem chlorek kadmu, zasadowy azotan bizmutu, siarczan srebra, węglan ołowiu, winian i tlenek antymonu. Wskaźniki te roztarte na drobny pyłek mieszałem z parafiną w stosunku 1 : 2, 1 : 3, 1 : 5, 1 : 10, i 1 : 20. Powstawały w ten sposób zawiesiny barwy białej.

Badając porównawczo powyższe emulsje roztarte na papierze białym na działanie siarkowodoru wstawialiśmy je w atmosferę przesyconą tym gazem i przekonaliśmy się, że tworzenie się barwnych siarczków następuje u różnych soli w różnym okresie czasu. Gęstość zawiesiny soli wymienionych dawała zmiany w nasileniu barwy a tylko nieznacznie opóźniała odczyn chemiczny. Siarczan srebrowy zaczynał czernieć w atmosferze siarkowodoru już po 30 sekundach, a w 3 do 4-ch minut pole pokryte siarczanem srebrowym było zupełnie czarne. Zasadowy azotan bizmutu czerniał po 2-4-ch minutach. Tlenek antymonu zmieniał barwę białą na cielistą w ciągu 2-ch minut. Węglan ołowiowy w zawiesinie 1 :2 tworzył barwę ciemno-bronzową pod wpływem siarkowodoru działającego przez 6 minut, zaś w zawiesinie 1 : 20 zmieniał swą barwę w ciągu 8—9 minut. Chlorek kadmu zmieniał barwę na cytrynowo-żółtą po 3—4-ch minutach. Winian antymonu w roztworze 1 : 2, 1 : 10, i 1 :20, zmieniał barwę z białej na żółtą a następnie na pomarańczowo-czerwoną, po 8—12 minutach.

Chcąc przekonać się eksperymentalnie w jakim czasie zajdą te odczyny chemiczne pod nienaruszoną skórą królika, wstrzykiwaliśmy zwykle 1 ccm wyżej wymienionych zawiesin w parafinie podskórnie, a następnie przykładaliśmy w okolicy wstrzyknięcia naczynie szklane szczelnie przylegające do ogolonej skóry brzucha. Wstrzykiwania podskórne były wykonywane zapomocą strzykawek opatrzonych możliwie cienkiemi igłami, długiemi na 5 cm. Po takiem przygotowaniu zwierzęcia przepuszczaliśmy przez naczynie szklane siarkowodór. Kąpiel siarkowodorowa lokalna trwała zwykle od 10 do 30 minut.

Badając następnie zmiany barwne jakie zachodziły w zawiesinach soli metali zastrzykniętych jako wskaźniki pod skórę królika, przekonywaliśmy się, że siarczan srebra, azotan bizmutu i węglan ołowiu zastosowane w zawiesinie 1 :10, czerniały najszybciej. Odczyn barwny występował już po trzyminutowej kąpieli. Na szybkość odczynu wpływała też i właściwość skóry. Króliki białe z cienką skórą wchłaniały szybciej siarkowodór, aniżeli zwierzęta czarne ze skórą ciemną.

Chlorek kadmu dawał po kąpieli trwającej 20 minut wyraźne zabarwienie żółte, kontrastowo odróżniające się od białej skóry królika. Winian antymonowy zmieniał swą barwę dopiero po dłuższej kąpieli trwającej 30 do 45 minut.

Barwy powstające pod wpływem działającego siarkowodoru w odczynnikach zastosowanych jako wskaźniki widoczne były przez skórę szczególnie u królików białych. Mimo to ustalaliśmy koniec odczynu nacinając w różnych odstępach czasu skórę w okolicy miejsc nastrzykanych.

W drugiej serji doświadczeń kąpaliśmy króliki lokalnie stosując w naczyniu szklanem szczelnie przylegającem do skóry brzucha wodę siarczaną sztuczną i naturalną ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie. Siarczana woda niemirowska posiada 0,03 g. siarkowodoru związanego á 0,032 g. wolnego przyczem 0,43 g. bezwodnika węglowego na 1 litr wody.

W wodnej kąpieli siarkowodorowej siarczan srebra zastrzyknięty w tych samych co poprzednio warunkach pod skórę królika, czerniał dopiero po 30 minutach. W kąpieli z wody niemirowskiej zaczynał się odczyn po 30 minutach a po jednej godzinie nie był jeszcze ukończony.

Z doświadczeń tych wynika, że siarkowodór wchłania się przez skórę. Lokalnie zastosowany w systemie szczelnie zamkniętym powoduje zmianę odczynów barwnych soli metali, które w zawiesinie parafinowej wstrzyknięto uprzednio pod skórę. Sole metali wstrzykiwane dla kontroli pod skórę brzucha królika, jednak poza sferą działania siarkowodoru, nie dawały zupełnie odczynów barwnych.

Siarkowodór więc przechodził przez skórę jedynie w miejscu zastosowania, czyli wchłaniał się lokalnie.

W doświadczeniach nad wchłanianiem siarkowodoru przez skórę zastosowaliśmy jeszcze jeden odczyn barwny a mianowicie z fenolftaleinianem sodu. Odczyn polegał na tem, że silnie czerwony roztwór wodny fenolftaleinianu sodu odbarwiał się zupełnie pod wpływem siarkowodoru.

Fenolftaleinian sodowy otrzymywaliśmy w ten sposób, że alkoholowy roztwór fenolftaleiny zobojętnialiśmy węglanem sodowym do wystąpienia barwy ciemno-krwistej. Następnie odparowywano roztwór na łaźni wodnej do suchej pozostałości, którą następnie rozcierano na proszek i rozpuszczano w wodzie. Fenolftaleinian sodowy odbarwiał się w doświadczeniach próbnych, in vitro, po wpuszczeniu siarkowodoru do płynu przejrzystego w ciągu 2-ch minut, poczem w miarę ulatniania się siarkowodoru wracała powoli, w ciągu kilkunastu minut, barwa różowa a następnie czerwona.

Roztwór wodny fenolftaleinianu sodowego wstrzykiwałem królikowi pod skórę wygoloną na brzuchu, podobnie jak poprzednio, a następnie stosowałem podobnie jak poprzednio gazowy siarkowodór lub też wodę siarkową ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie.

Zastrzyknięty podskórnie wodny, czerwony roztwór fenolftaleinianu sodowego odbarwiał się zupełnie po 10 do 20 minutach wówczas, jeżeli zadziałano na okolicę wstrzyknięcia gazowym siarkowodorem.

Zastosowanie kąpieli wodnej z wody siarczanej niemirowskiej lokalnie powodowało odbarwianie się płynu wstrzykniętego uprzednio pod skórę po 20 do 45 minutach.

In vitro mieszając 0,2 ccm czerwonego roztworu wodnego fenolftaleinianu sodowego z 20 ccm wody niemirowskiej otrzymywałem zupełne odbarwienie, gdy tymczasem woda destylowana w roztworze kontrolnym utrzymywała bez zmiany barwę czerwoną.

I w tej serji doświadczeń przekonaliśmy się, że siarkowodór wchłania się przez skórę wtedy, jeżeli jest w postaci gazowej i z roztworu wodnego i powoduje odbarwianie się wskaźnika jakim jest fenolftaleinian sodowy.

Bezwodnik węglowy a fenolftaleinian sodowy.

Dla porównania przeprowadziliśmy kilka doświadczeń nad wchłanianiem bezwodnika węglowego przez skórę używając jako wskaźnika fenolftaleinianu sodowego. Jeżeli działać będziemy in vitro bezwodnikiem węglowym na roztwory wodne fenolftaleinianu

sodowego to przekonamy się, że roztwór odbarwia się nieodwracalnie. Kropla fenolftaleinianu sodowego wylana na parafinę zmienia swą barwę wówczas, jeżeli przepuścimy nad nią strumień bezwodnika węglowego. Barwa ta staje się najpierw krwista, następnie czerwona, różowa, aż wreszcie kropla odbarwia się na swej powierzchni a pozostaje malejące jądro różowe, które wreszcie znika zupełnie.

Podobny proces odbywa się też w tkance podskórnej królika. Przepuszczając w opisanym powyżej systemie szczelnym zamiast siarkowodoru bezwodnik węglowy i działając nim lokalnie na skórę wygoloną królika, któremu poprzednio wprowadzono podskórnie fenolftaleinian sodowy przekonujemy się, że zabarwienie fenolftaleinianu znika już po 10 minutach. Świadczy to o tem, że bezwodnik węglowy wchłania się w miejscu zastosowania przez skórę. Podobne doświadczenia wykonano na uszach króliczych. Wstrzyknięto 1 ccm fenolftaleinianu sodowego pod skórę obu uszu królika. Jedno ucho stanowiło kontrolę, drugie kąpano w gazowym bezwodniku węglowym. Ucho kąpane traciło zabarwienie po 10—20 minutach i przeświecało zupełnie prawidłowo, natomiast ucho kontrolne utrzymywało swą barwę przez około 2 godziny. Dodać muszę, że wchłanianie roztworów wodnych fenolftaleinianu sodowego pod wpływem bezwodnika węglowego było dwukrotnie szybsze, aniżeli w badaniach kontrolnych. Świadczy to o ułatwionem wchłanianiu wskutek rozszerzenia naczyń krwionośnych pod wpływem działania bezwodnika węglowego, a zwłaszcza o rozszerzeniu naczyń włosowatych.

W doświadczeniach powyższych przytoczone wyniki świadczą, że używając jako sprawdzianu roztworów wodnych fenolftaleinianu sodowego zdobywamy nowy dowód na przechodzenie siarkowodoru oraz bezwodnika węglowego przez skórę nieuszkodzoną.

Siarkowodór wchłania się w czasie nawet lokalnej kąpieli, części skóry brzucha królika i równocześnie prawie zostaje wydalany przez płuca na zewnątrz. Jeżeli przykładać będziemy papierki napojone octanem ołowiu, do nozdrzy badanego zwierzęcia, to przekonamy się, że powstawać zaczynają dwie smugi ciemne idące w kierunku prądu wydechanego powietrza. Jeżeli teraz po 30 minutowej kąpieli lokalnej w siarkowodorze gazowym umieścimy królika na 2 do 3-ch minut za oknem, a następnie przeniesiemy z pokoju eksperymentalnego do pokoju odległego, gdzie niema śladu siarkowodoru, to przekonamy się, używając papierków napojonych octanem ołowiu, że siarkowodór wydala się przez płuca jeszcze po 25 minutach, od chwili zaprzestania kąpieli.

Celem usunięcia możliwych błędów w eksperymencie wykonywaliśmy u królików tracheotomję a następnie badaliśmy na końcu rurki tracheotomijnej w czasie i w pierwszych minutach po ustaniu kąpieli siarkowodorowej wpływ wydechanego powietrza na papierki napojone octanem ołowiu, siarczanem srebra, winianem antymonu i chlorkiem kadmu. Wszystkie te papierki dawały charakterystyczne dla siarkowodoru odczyny barwne w powietrzu wydechowem. Po kilkunastu względnie kilkudziesięciu minutach od chwili zaprzestania kąpieli odczyny stawały się ujemne.

Wnioski: Siarkowodór a także bezwodnik węglowy zastosowane na skórę wchłaniają się przez nią i częściowo zostają wydalane z ustroju razem z powietrzem wydechowem.

Piśmiennictwo.

1) Maliwa: Mediz. Klinik. 1926. Nr. 22 i 46. — 2) Pohl: Schwefelwasserstoff. Exper. Pharmakologie 1927. — 3) Sabatowski: Hydroterapja 1923.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Witold KOMOCKI. Warszawa.

Zagadnienie o normalnej ilości czerwonych ciałek krwi człowieka w świetle badań lat ostatnich.

W marcu 1924 r. w Warsz. Tow. Lekarskiem podałem wynik swoich badań, dotyczących ilości czerwonych ciałek krwi u ludzi zdrowych. Na podstawie swych obliczeń doszedłem wtedy do wniosku, że 1 mlm^3 krwi zdrowego mężczyzny, zawiera od 5,5 do 6,6 mil. u kobiet zaś od 5 do 6 mil. erytrocytów; wyniki te były, jak wiadomo, sprzeczne z ogólnie przyjętą normą i znacznie ją przewyższały.

Obecnie chcę przedstawić wyniki prac, które ukazały się w ciągu 5 lat ostatnich, oraz parę prac, które przedtem nie były dla mnie dostępne, starałem się przytem zebrać całe w tej sprawie piśmiennictwo europejskie i amerykańskie. Należy tutaj zaznaczyć, że autorowie duńscy za przykładem Sörensena (14) szczególnie się przyczynili do wyświetlenia tej tak ważnej sprawy.

Otóż w r. 1926 zjawiła się w Lipsku rozprawa Bech'a (1): autor ten poddał badaniu 100 kobiet; były to chore, które zgłaszały się do polikliniki, w której autor pracował; poddane badaniu osoby były, jak utrzymuje Bech mniej więcej zdrowe; przeciętna ilość krwinek równała się 4,9 mil.

Horneffer (9) (w Instytucie fizjologicznym Bürkera) poddał badaniu 20 studentów i 20 żołnierzy bez uprzedniego szczegółowego zbadania stanu ich zdrowia; najmniejsza ilość erytrocytów wynosiła 4,4 mil., największa zaś 5,6 mil.

Bie i Möller (2) poddali badaniu 10 mężczyzn i 10 kobiet; wśród mężczyzn tylko dwaj mieli po 5 miljonów, reszta zaś większą ilość erytrocytów, wahającą się pomiędzy 5,25 i 6,4 mil Wśród kobiet tylko jedna miała mniej niż 4.5 mil. a mianowicie 4,2 mil. u pozostałych 9 liczba krwinek wahała się między 4,6 mil. a 4,9 mil. Autorowie podają, że cyfry 5 mil. dla mężczyzn i 4,5 dla kobiet datują się od czasów Vierordta i Welcker'a (r. 1852—1854), którzy poddali badaniu tylko po 2 osoby; autorowie ci wyrażają zdziwienie, że cyfry te tak długo utrzymały się w nauce, bez względu na zjawienie się prac, opartych na większym materjale z liczbami znacznie większemi; z przeglądu bowiem prac innych autorów wynika, że u mężczyzn ilość czerwonych krążków waha się od 5 do 6 mil., u kobiet zaś od 4,5 do 5,0 mil. Dyke (5) również dziwi się bardzo, że cyfry 5 mil. dla mężczyzn i 4,5 dla kobiet dotychczas utrzymują się w podręcznikach.

Boothby i Berry (4), których zadaniem było zbadać, w jaki sposób wysiłek fizyczny odbija się na ilości erytrocytów, obliczali oczywiście tę ilość i przed wykonaniem pracy, przyczem u 9 mężczyzn wykryli od 5,2 mil. do 6,5 mil.

Bing (3) obliczał ilość krwinek u 19 mężczyzn i 51 kobiet (do lat 50), i wykrył u mężczyzn najmniejszą cyfrę 4,2 mil., największą zaś 6,1 mil. u kobiet wahania były od 4,0 mil. do 5,9 mil.

Gram (6) badał 32 mężczyzn i 56 kobiet; u mężczyzn minimum 4,85 mil., maximum 5,82 mil., u kobiet zaś minimum 4,21 mil., i maximum 5,33 mil. Ten sam autor wspólnie z Norgaardem (7) badał 10 mężczyzn i 10 kobiet; u mężczyzn najniższa cyfra — 4,85 mil., najwyższa 5,9 mil., przyczem tą pierwszą cyfrę wykryto tylko u 1 mężczyzny, u 9 zaś pozostałych cyfry były wyższe niż 5 mil. U 10 kobiet ilość erytrocytów wahała się pomiędzy 4,36 i 5,05 mil.; tylko u 2-ch kobiet cyfry były niższe niż 5 mil. u pozostałych 8 — większe.

Hansen (8) poddała badaniu 20 mężczyzn i 20 kobiet: u mężczyzn cyfry wahały się od 4,2 do 6,3 mil. u kobiet zaś od 4,5 do 3,8 mil.

Larrabee (12) badał 9 kobiet z przeciętną 4.97 mil.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Półn. w stanie Oregon Osgood i Haskins (13) badali 100 kobiet (pielęgniarki) w wieku od lat 19 do 30; najniższa cyfra 4,07 i najwyższa 5,55 mil: cyfry niższe od 4,5 spostrzegano tylko u 21 kobiet.

Wintrobe i Miller (15) również w Ameryce (Nev Orleans) wykonali pracę, która stanowczo dodatnio wyróżnia się wśród innych, a to szczególnie z tego powodu, że autorowie poddali nadzwyczaj skrupulatnemu badaniu za pomocą różnorodnych sposobów stan zdrowia badanych osób i wybrali tylko te z nich, u których nie można było wykryć żadnych zmian organicznych; w taki sposób poddali oni badaniu 100 studentów w wieku od 20 do 30 lat; z tej setki tylko u 5-u osobników cyfry były niższe niż 5 mil., a mianowicie: 1) 4,68, 2) 4,70, 3) 4,82, 4) 4(95 i 5) 4,98 mil., u 2-ch osób cyfry były wyższe ponad 7 mil.; u pozostałych 93 studentów ilość erytrocytów wahała się od 5 do 6,9 mil., przyczem 36 osobników miało ponad 6 mil. Podczas tych badań temperatura atmosfery wahała się pomiędzy 21 i 26° R.

Należy zaznaczyć, że badanie wszystkich tutaj wspomnianych autorów dotyczyły ludzi białej rasy w wieku do lat 50.

Jak widać z powyższego przeglądu, nie wszystkie tu cytowane prace mają jednakowe znaczenie, naprz. praca Becha wprawia poprostu w zdumienie, jak można było ustalać normę fizjologiczną na ludziach, którzy czuli się chorymi i musieli udawać się po poradę lekarską do kliniki; ale nawet na takim materjale autor wykrył przeciętną cyfrę wyższą, niż to dotychczas było przyjęte.

Okoliczność, że prawie wszyscy cytowani autorowie, nie zważając na to, że wogóle obliczali daleko więcej krwinek, niż to dotychczas jest przyjęte, wykrywali jednak niekiedy cyfry niższe, daje się łatwo wytłumaczyć tem, że, jak to już zaznaczyliśmy w swej pracy poprzedniej (10, 11), wśród osób na ogół zdrowych, u których niekiedy nawet nie można wykryć żadnych zmian organicznych, trafiają się zawsze osobniki słabe z konstytucją anemiczną. Dla ustalenia przeto normy miarodajne są tylko osobniki o kwitnącym stanie zdrowia i pochodzące od zdrowych i długo-

wiecznych przodków. Zwraca przytem na siebie uwagę fakt, że Wintrobe i Miller, którzy bardzo starannie badali stan zdrowia osób, u których następnie obliczali ilość krwinek, podają najwyższe cyfry.

W poprzedniej pracy swej staraliśmy się udowodnić, że normalna ilość erytrocytów i u mężczyzny i u kobiety podlega wahaniom w granicach 1 miljona i że wskutek tego określenie cyfry przeciętnej nie może wytrzymać krytyki, tak samo, jak i przeciętna ilość leukocytów, która również waha się w pewnych granicach fizjologicznych. Byłoby bardzo dziwnem i nieuzasadnionem, jeśliby ktoś naprz. starał się wyprowadzić przeciętną ilość tkanki podskórnej tłuszczowej u ludzi normalnych, spotykamy bowiem ludzi zupełnie zdrowych i długowiecznych z minimalną ilością tłuszczu i takich samych z niewielką lub też umiarkowaną jego ilością. Niestety i dotychczas autorowie wyprowadzają tę przeciętną dla ilości erytrocytów. W pracy swej zaznaczyliśmy również, że niekiedy w lekkich stanach anemicznych organizm zbyt małą ilość erytrocytów stara się zrównoważyć zwiększeniem ilości hemoglobiny; obserwacje te na podstawie dalszych badań w ciągu kilku lat ostatnich w zupełności potwierdzamy. Również w dalszym ciągu potwierdzamy fakt, że u ludzi chorych, słabowitych i często zapadających na zdrowiu z temi lub innemi objawami anemji często można ustalić ilość krwinek, która dotychczas uchodziła za normę.

Jak widzimy z powyższego przeglądu prac, nie można już dzisiaj w żaden sposób mówić o 5 mil. krwinek u mężczyzn i 4,5 mil. u kobiet, jako o normie, ponieważ wszyscy cytowani autorowie oprócz tylko Horneffera wykrywali i w Europie i w Ameryce naogół cyfry daleko wyższe.

W celu skorowidzowym podaję wyniki prac wspomnianych autorów na dołączonej tablicy.

Nazwiska autorów	Ilość erytrocytów w 1 milimetrze sześciennym w miljonach			
	Mężczyźni		Kobiety	
	Od — do	Przeciet.	Od — do	Przeciet.
Bech	—		—	4,9
Bie-Möller	5,0 6,4	5.5	4,2—5,2	4,7
Bing	4,2—6,1	5,5	4,2—6,4	5,1
Boothby-Berry	5,2 - 6,5	5,9	—	—
Gram	4,8—5,8	5,4	4,2 - 5,3	4,8
Gram-Norgaard	4,8—5,9	—	4,4—5,0	
Hansen	4,2—6,3	5,1	4,5—5,8	5 0
Horneffer	4,4—5,6	—	—	—
Komocki	5,5—6,6	—	5,0—6,0	—
Larrabee		—	—	5,0
Osgood-Haskins	—	—	4,1—5,5	—
Wintrobe-Miller	5,0—6,9	5,8	—	—

Piśmiennictwo.

1) Bech P.: Der normale Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen bei Frauen. — Inaug. Diss. Leipzig. 1926. — 2) Bie V. et Möller P.: Archives des maladies du coeur etc. Nr. 4. 1922. — 3) Bing H. S.: Acta med. scandin. 53, Fasc. 6, 1921 (p. 833). — 4) Boothby W. M. and Berry F. B.: Americ. Journ. of Physiol. Vol. 37 — 1915. — 5) Dyke S. C.: Lancet Nr. 5509 1929 (p. 681). — 6) Gram H. C.: Acta med. scandin. 57, Fasc. 1 — 1922 (p. 27). — 7) Gram H. C. and Norgaard A.: Archives of internal. med. Vol. 31, Nr. 2. 1923. — 8) Hansen K. M.: Ugeskrift f. laeger 1919, Nr. 32, (cyt. podług Grama). — 9) Horneffer L.: Pflüger's Archiv Bd. 220, 1928. — 10) Komocki W.: Virchows Archiv Bd. 253, H. 1/2 1924. — 11) Id.: Polska Gaz. Lekarska Nr. 43, 1926. — 12) Larrabee R. C.: Journ. med. Research. 24, 1911, (cyt. podług Osgood-Haskins). — 13) Osgood E. E. and Haskins H. D.: Archives of internal med. Vol. 39, Nr. 5, 1927. — 14) Sörensen. Dtsch. med. Wchschr. H. 25, 1878 (Ref.). — 15) Wintrobe M. M. and Miller M. W.: Archives of internal med. Vol. 43, Nr. 1, 1929.

Dr. Jerzy JASIEŃSKI. Kraków.

Obecny stan leczenia gruźlicy kości i stawów we Francji.

Z kliniki chirurgicznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Rutkowski.

Ciąg dalszy.

Przytoczone w krótkości współczesne poglądy o wartości poszczególnych metod zachowawczego leczenia gruźlicy kostnostawowej nie łatwo dadzą się uogólnić dla wyciągnięcia ostatecznych wniosków Olbrzymia ilość ze wszech stron polecanych środków fizykalnych, chemicznych i biologicznych, których część dała dobre wyniki jedynie samym ich autorom, inne natomiast w wielu rękach okazały w pewnych przypadkach wpływ pomyślny, uczyniła zagadnienie zachowawczego leczenia tych postaci gruźlicy dość chaotycznem. Zawiły ten problemat usiłują wyświetlić trzeźwe głosy, których nie brak we Francji, wnioskujące na podstawie charakteru anatomicznego samej sprawy chorobowej i tkanek w których się ona toczy, czego przy podobnem postępowaniu z góry można się spodziewać. Niewątpliwie procesy lecznicze pewnych zmian anatomicznych, istniejących w tkance znajdującej się w jednym z okresów jej rozwoju, mają w poszczególnych przypadkach przebieg podobny, o tym samym charakterze. Stąd sposoby leczenia zachowawczego mogą dążyć jedynie do ułatwienia i przyspieszenia naturalnego przebiegu i zejścia sprawy, nie są zaś w stanie zmienić charakteru poszczególnych jej postaci w sposób dla ustroju niezwykły. Bazy rozróżnia między sprawami gruźliczemi: 1) postacie zapalne niegruzełkowe, które mogą ulec samowyleczeniu przez wchłonięcie się ognisk; 2) postacie gruzełkowe, ulegające zmianom bliznowatym bądź serowaceniu; 3) postacie serowate, w których może nastąpić wyleczenie, jedynie po wydaleniu produktów gruźliczych z ustroju, wreszcie 4) postacie włókniste — prawdziwe blizny, których żadne leczenie nie jest w stanie zmienić. Odnosi się to również do jam kostnych, powstałych w przebiegu procesu. Na zjeździe chirurgów francuskich przed dwoma laty dosadnie podkreślił to Leriche, mówiąc: „Kawerna gruźlicza w kości, bez względu na swe usadowienie, posiada ściany twarde, sklerotyczne, które nie mogą się zapaść ani zlepić, pozostanie więc zawsze jamą, bez względu na to coby robiono. Można wpłynąć pomyślnie na procesy sklerotyczne otaczającej ją kości. Myślę jednak, że nigdy się nie zdarzy — przynajmniej u dorosłego — aby udało się wypełnić jamę przez tkankę bliznowatą, gdyż warunki miejscowe nie są pomyślne dla rozwoju tkanki łącznej". To też wszelkie leczenie zachowawcze wielokrotnie nie może zastąpić operacyjnego, a wskazania do tego czy innego postępowania zależeć muszą w pierwszym rzędzie od wieku chorego, umiejscowienia i postaci anatomicznej schorzenia.

Nie ulega wątpliwości, że idealnym wynikiem leczenia procesu gruźliczego toczącego się w stawie byłoby osiągnięcie anatomicznego wyleczenia sprawy z równoczesnem zachowaniem kształtu, ruchów stawu i sprawności kończyny. Wynik ten jednak można otrzymać niekiedy u dzieci, względnie w wieku młodzieńczym, u dorosłych zaś jest niemal nie do pomyślenia. U dziecka proces ma skłonność do samowyleczenia; racjonalne leczenie zachowawcze, wzmagające siły ustroju w walce z chorobą, prowadzi zwykle do mniej lub więcej całkowitej naprawy zmian i dobrego wyniku ortopedycznego jedynie za cenę długiego czasu, z którym jednak w tym wieku można się zbytnio nie liczyć. Przeciwnie u dorosłego — naprawa zmian nie jest przeważnie całkowita ani wystarczająca, często schorzenie tylko przycicha, a nie wygasa zupełnie i daje nawroty, na otrzymanie zaś wyleczenia procesu w znaczeniu klinicznem, niejednokrotnie tylko na czas pewien, czekać trzeba lat kilka, w ciągu których chory jest zupełnie niezdolny do pracy. Wreszcie usztywnienie stawu, stanowiące z reguły zejście sprawy, nie jest nigdy niemal tak mocnem i pewnem, aby, jeśli o nogę chodzi, pozwoliło w przyszłości na chodzenie bez aparatu. Pozatem brak skrócenia kończyny dolnej, zwłaszcza przy jej zesztywnieniu w stawie kolanowym, jest dla chorego niekorzystnym przy chodzeniu, kończyna bowiem wydaje się zbyt długą i wobec niemożności zgięcia musi opisywać łuk. Coraz częściej dziś zresztą tłumaczą przypadki cudownych wyleczeń stawów przy pomocy leczenia zachowawczego z utrzymaniem ruchomości, wyłącznie błędami rozpoznawczemi — mylnemi rozpoznaniami gruźlicy. Wielu chirurgów uważa *tumor albus* stawu za cierpienie nieuleczalne przy postępowaniu zachowawczem bez względu na długość leczenia i warunki higjeniczne, w jakich się chory znajdował. Niewątpliwie od czasu do czasu można spotkać przypadki, które wydają się przeczyć tej regule; są one jednak poza wiekiem dziecięcym tak rzadkie, że powinny być uważane jedynie za niezwykły wyjątek. Do takich należą też opisane przypadki wyleczeń z zachowaniem ruchów w stawie u chorych bądź nie leczonych zupełnie, bądź też u których nie wykonano nawet unieruchomienia kończyny.

Nie odpowiada też warunkom idealnego wyniku leczniczego postępowanie operacyjne, polegające na wycięciu chorego stawu, gdyż zabieg ten usuwa tkanki chore, wyleczenie jednak występuje za cenę sztywności i skrócenia kończyny. Dodatkowe zaś zabiegi, zmierzające do wytworzenia nowego użytecznego stawu, okazały się w tych przypadkach bezskuteczne. Nie doprowadziły bowiem dotychczas do niczego próby przeszczepiania stawów, polegające na przeniesieniu na miejsce usuniętego — stawu ze świeżych zwłok ludzkich. Również pierwotna artroplastyka, wykonana równocześnie z wycięciem stawu, nie posiada niemal zwolenników ze

względu na otrzymane w ten sposób złe wyniki czynnościowe. Wtórną artroplastykę wykonywano niekiedy również przy usztywnieniach stawów w następstwie zachowawczego leczenia gruźlicy, większość chirurgów jednak uważa za niedozwolone stosowanie tego zabiegu w tej kategorji przypadków; próby zaś stosowania jej po wycięciu stawu były dotychczas bardzo nieliczne. To też resekcja stawu w przypadkach gruźlicy nie może być uważana za ostatnie słowo chirurgji w tej sprawie. Do dziś jednak, poza pewnemi ograniczeniami, zabieg ten znajduje szerokie zastosowanie ze względu na to, że dodatnie jego skutki przewyższają szkodę, jaką wyrządza choremu. Wycięcie stawu pozwala na otrzymanie lepszego, prędszego i pewniejszego wyniku, niż leczenie zachowawcze i pod tym względem żadne inne postępowanie równać się z niem nie może. Jest to najpewniejszy sposób leczenia, bo usuwa ognisko gruźlicze i przez to zapobiega powstawaniu miejscowych nawrotów. Zabieg ten jednak nie grozi znacznem skróceniem naskutek zaburzenia wzrostu kończyny tylko u osób dorosłych, to jest po zakończeniu wzrostu kości, co roentgenologicznie wyraża się przez zniknięcie chrząstki pośredniej i zlanie się nasad z trzonami. W teorji granica wieku dojrzałego wypada dla poszczególnych kości długich między 18 a 24 rokiem życia; w praktyce jednak można być nieco mniej ścisłym i obniżyć ją do 17—18 roku życia, kiedy wzrost kości zbliża się ku końcowi, choć pewne okoliczności mogą niekiedy zmusić do wykonania zabiegu wcześniej. Zresztą istnieją indywidualne różnice pod tym względem u poszczególnych osobników i w obydwu odcinkach tej samej kości Za najważniejsze dla wzrostu na długość kończyny uważane są te odcinki kości staw tworzących, w których nasady najpóźniej zlewają się z trzonami, rosną więc najdłużej: w kończynie dolnej chodzi tu o staw kolanowy, w górnej — barkowy. Okazało się z licznych zbiorowych statystyk, że wyniki lecznicze wycięcia stawu gruźliczego są bardzo dobre i trwałe, skoro śmiertelność operacyjna jest niezwykle niska, a miejscowe nawroty cierpienia obserwowano conajwyżej w kilku % operowanych przypadków. Ważne jednak znaczenie pod tym względem odgrywa i tłumaczy poszczególne zawody wybór chwili, kiedy należy zabieg wykonać i sam sposób jego wykonania. Zabieg wykonany w niewłaściwym czasie bywa najczęstszą przyczyną złego wyniku. Niewielu jest dziś zwolenników operacyj wczesnych. Lepiej jest zaczekać na uspokojenie się i ograniczenie procesu, na rozpoczęcie się okresu reparacji zmian; przy podobnem postępowaniu zyskuje się tylko na czasie i otrzymuje dobry wynik ostateczny. Natomiast w okresie postępowania sprawy lepiej wstrzymać się z zabiegiem — o ile tylko inne względy nie zmuszą do wykonania go.

Niemniej ważną jest sprawa, jakie rozmiary przyjąć powinno wycięcie stawu: podlegała ona przez czas dłuższy dyskusji i do dziś jeszcze nie jest rozstrzygniętą zgodnie. Oddawna zarzucono usunięcie samej torebki stawowej z pozostawieniem ognisk kostnych. Podobnie przedstawia się sprawa z arthrectomią, zwaną przez G a n g o l p h a „oszczędnem wycięciem stawu", polegającą na usunięciu prócz torebki i więzadeł — chrząstek stawowych, względnie i cienkiej blaszki kostnej z ogniskami przylegającemi bezpośrednio do chrząstki, a pozostawiającą ogniska znajdujące się głębiej i oddzielone nieraz od stawu zapomocą cienkiej warstwy kostnej. Są to zabiegi często niewystarczające, to też w przeciwieństwie do nich stosowano szerokie wycięcie stawu obejmujące nieraz i część chrząstki pośredniej; przypadki zaś ze zmianami bardziej rozległemi kwalifikowano jako nie nadające się do resekcji. Doświadczenie wykazało jednak, że przypadki, w których zmiany są zbyt rozległe na to, aby można było wykonać wycięcie stawu, są niezmiernie rzadkie i że nie zawsze trzeba wycinać duże odcinki kości dla otrzymania wyleczenia. V i g n a r d i S o r r e l idą nawet dalej, mówiąc, że wyjątkowo tylko chirurg może być zmuszony do wykonania wycięcia kości staw tworzących na znacznej przestrzeni (w stawie kolanowym nigdy nie usuwali ponad 3 cm z kości udowej i 2 z piszczelowej). Nie musi się bowiem przytem bezwzględnie przekraczać granic jamy gruźliczej; nieraz opróżnienie jej zapomocą łyżki ostrej wystarcza do otrzymania wyleczenia. Rozległemu wycinaniu końców kości staw tworzących przypisywane są natomiast złe wyniki po resekcji ze względu na to, że powierzchnie kostne nie mogą się dobrze dostosować i stykać ze sobą. W następstwie zaś usunięcia ograniczonych odcinków końców kości następuje mocny zrost kostny już po krótkotrwałem unieruchomieniu kończyny, chory nie jest skazany na noszenie przez całe życie aparatu ortopedycznego i wcześnie powrócić może do swych zwykłych zajęć. Nieznaczne zaś skrócenie kończyny dolnej sprzyja tylko chodzeniu i niejednokrotnie bywa dostatecznie wyrównane przez obniżenie miednicy po stronie chorej.

Nie mniej też wskazania do operacji poszczególnych chirurgów różnią się między sobą. Większość trzyma się reguły: „u dzieci leczenie zachowawcze, u dorosłych — operacyjne", gdyż uważa, że wyczekiwanie nie tylko nie przynosi żadnych korzyści, lecz wynikiem jego jest zawsze niepotrzebna strata czasu, a skutkiem — niebezpieczna gra z trudnościami w czasie następowego zabiegu operacyjnego. Coraz mniej liczni są dziś autorzy, jak L e n o r m a n d, którzy zalecają stosowanie u dorosłych próby leczenia zachowawczego i tylko przy procesie daleko posuniętym decydują się na wykonanie wycięcia stawu. Niektórzy za najsłuszniejsze uważają wskazania społeczne i operują z reguły tych chorych, którzy nie będą w stanie poświęcić racjonalnemu leczeniu zachowawczemu nieskończenie długiego czasu. Zdaniem ich zresztą tego rodzaju wskazanie właściwie nie krzywdzi ubogich klas ludności, — wczesną bowiem utratę nadziei na powrót ruchomości stawu równoważy pewność osiągnięcia trwałego wyleczenia w następstwie zabiegu operacyjnego, podczas gdy przy leczeniu zachowawczem pacjent w ciągu szeregu — niekiedy nawet dziesiątek lat — bywa nawpół zdrowym i zdolnym do pracy. L u c a s C h a m p i o n n i è r e kwalifikuje do zabiegu przypadki, w których charakter procesu wyklucza możność powrotu ruchów w stawie, pod warunkiem, że chory zniesie zabieg, ogniska będą mogły być w całości usunięte, przyczem wynikłe stąd skrócenie kończyny nie przekroczy 10 cm, wreszcie, jeśli można liczyć na to, że po wycięciu stawu wytworzy się zrost kostny. To ostatnie zastrzeżenie odnosi się przedewszystkiem do osób starych, u których jednak również możliwy jest niejednokrotnie zrost kostny (granicy wieku pod tym względem ściśle oznaczyć się nieda) i odjęcie kończyny dozwolone jest przeważnie tylko jako środek ostateczny. Z reguły ogranicza się ono do rozpaczliwych przypadków, w których możliwie szybko należy usunąć przyczynę złego ogólnego stanu chorego. Należy je również wykonać u chorych wyniszczonych, z bardzo znacznemi zanikami mięśni kończyny, nawet gdyby po wycięciu stawu można się było spodziewać zrostu kostnego. Zabieg ten bowiem sprowadza szybkie wyleczenie, a sztuczna kończyna pozwoli nieraz na otrzymanie lepszego wyniku ortopedycznego, niż dałoby go pozostawienie kończyny dotkniętej bardzo znacznemi zanikami mięśniowemi i skróconej przez wycięcie stawu.

Obok wycięcia stawu przy gruźlicy polecano szereg innych metod chirurgicznych, spodziewając się otrzymania przy ich pomocy wyników, wykluczających wszelkie zarzuty czynione zabiegom doszczętnym.

Do zabiegów, które na drodze pośredniej miały okazywać pomyślny wpływ na przebieg procesu gruźliczego w stawie, należy sympatectomia okołotętnicza. Metoda ta, dość entuzjastycznie przyjęta w swoim czasie przez licznych chirurgów, rychło została niemal całkowicie zarzuconą w przypadkach gruźlicy stawów z powodu wielkiej ilości otrzymanych zawodów. Oczekiwano bowiem od tej metody więcej, niż dać była w stanie. Sympatectomia okołotętnicza znalazła w osobie L e r i c h a badacza, który wyjaśnił istotę jej działania na tkanki i ustalił pewne ścisłe wskazania do stosowania tego zabiegu pomocniczego w leczeniu gruźlicy kości i stawów. Zabieg nietylko nie wyklucza, lecz przeważnie wymaga równoczesnego stosowania innych metod. Wywołuje on zmiany w krążeniu kończyny, wpływające korzystnie na kostnienie, wzgl. reparację kostną, gdyż bujanie tkanki łącznej silnie przekrwionej poza wypełnieniem ubytków pociąga za sobą dopływ soli wapniowych z najbliższego sąsiedztwa; wywiera działanie odżywcze na okołostawowe i odległe od stawu części miękkie, co sprzyja gojeniu się ran i przewlekłych owrzodzeń; znosi wreszcie silne poprzednio bóle. Nie może być jednak nawet mowy o tem, aby dzięki zabiegowi otrzymać było można wyleczenie daleko posuniętych przypadków gruźlicy kostno-stawowej, z obfitem wytwarzaniem się tkanki ziarninowej, rozległem zniszczeniem kości i jamami. W tej ostatniej kategorji przypadków wysuwa się na plan pierwszy zagadnienia zniesienie ścian jamy na drodze mechanicznej, a więc zabieg bezpośrednio przeciw nim skierowany, gdyż żadne półśrodki nie mogą doprowadzić do wypełnienia dużej jamy zapomocą tkanki łącznej. Najlepsze też wyniki po sympatectomji otrzymano u dzieci przy zmianach niezbyt daleko posuniętych, względnie w przypadkach, w których przetoki pozwalały na całkowite wydalenie zawartości ognisk, ustało postępowanie sprawy, a rozpoczął się już proces leczniczy. L e r i c h e, uogólniając swe wnioski w tej sprawie, mówi, że zabieg nie wywiera bezpośredniego działania na sam proces gruźliczy i nie pozwala na uniknięcie niezbędnych nieraz zabiegów właściwych, wpływa jednak niewątpliwie na proces naprawy kostnej i łącznotkankowej, dzięki czemu należy go zaliczyć do pożytecznych metod pomocniczych. To też istnieją niewątpliwe wskazania do stosowania tej metody w gruźlicy kostno-stawowej i nie są one bynajmniej wyjątkowe: 1) zabieg wpływa na skrócenie czasu trwania unieruchomienia, przyśpiesza wyleczenie sprawy w przypadkach zmian kostnych niedaleko posuniętych; 2) stwarza sprzyjające warunki dla następowego wykonania, względnie uzu-

pełnia wynik drobnych zabiegów — jak usunięcia poszczególnych ognisk kostnych i wypełnienia powstałych ubytków przez przeszczep kostny; 3) wykonany po wycięciu stawu pomyślnie wpływa na zrost kostny i rozwój łącznej tkanki włóknistej w otoczeniu; 4) dzięki zabiegowi w przypadkach ciężkich, na pograniczu do amputacji, można niekiedy wykonać wycięcie stawu z dobrym wynikiem, rozszerza więc wskazania do wycięcia stawu; 5) przyspiesza wreszcie wyleczenie, prowadząc do zamknięcia przetok w niektórych przypadkach schorzeń stawowych nie powikłanych zakażeniem mieszanem.

Z pośród innych metod chirurgicznych sprawa stosowania przeszczepów kostnych w leczeniu gruźlicy znalazła we Francji żywe zainteresowanie i wielu zwolenników. Poszczególne rodzaje tych zabiegów zmierzają do różnych celów — bądź trwałego usztywnienia stawu, bądź też przeciwnie — zachowania jego ruchomości.

Przeszczepy przezstawowe, wprowadzane przeważnie po uprzedniem częściowem wycięciu stawu i przeszczepy pozastawowe prowadzić mają do zlania się ze sobą dwu nasad, innych powierzchni stawowych, czy też wyrostków ościstych kręgów. Jest to pożądanem dla trwałego wyleczenia sprawy, z drugiej zaś strony uwalnia chorego od noszenia aparatów ortopedycznych w ciągu wielu lat, a niejednokrotnie i całego życia.

Tuffier, Herz, Jenner, Verral stosowali z dobrym wynikiem przeszczepy przezstawowe przy gruźlicy stawu krzyżowo-biodrowego. Nové Josserand, Tavernier i inni w pewnych przypadkach starych i źle wyleczonych procesów gruźliczych stawu biodrowego osiągnęli poprawę warunków regeneracji kości i całkowite usztywnienie stawu dzięki przeprowadzeniu przeszczepu, wziętego z kości strzałkowej, przez szyjkę, główkę biodrową i dach panewki. Dupui de Frenelle w przypadkach gruźlicy stawu kolanowego po uprzedniem całkowitem lub częściowem wycięciu stawu i nasad (co jest możliwem niekiedy przy istnieniu w nich ograniczonych ognisk), względnie bez otwarcia stawu, wprowadzał przeszczep kostny do powstałych ubytków lub do szerokich bruzd specjalnie w tym celu wyżłobionych w kości. Postępowanie to prowadzić ma do korzystnych zmian w nasadach, ich ożywienia, przeszczep wzmacnia bowiem nasilenie odtwórczych procesów w kości i pozwala na rychłe usunięcie aparatów ustalających, które pozbawiają kończynę powietrza i słońca i utrudniają krażenie, sam zaś odgrywa ważną rolę w odciążeniu stawu kolanowego, gdy był wprowadzony pozastawowo, przenosząc bezpośrednio ciężar ciała np. z kości udowej na piszczelową.

Vignard, pragnąc wyjaśnić rzeczywistą rolę przeszczepu w tych przypadkach, dla rozstrzygnięcia czy efekt zabiegu nie polega wyłącznie na zmniejszeniu przekrwienia kości dzięki jej przedziurawieniom i bezpośredniem unieruchomieniu okolicy stawu, sam zaś materjał kostny nie odgrywa przytem większej roli, w trzech przypadkach u dzieci zamiast przeszczepu kostnego użył klamry metalowej. Pierwszy z tych przypadków dotyczył gruźlicy stawu biodrowego ze znacznem zniszczeniem główki i zachowaniem ruchów, przyczem klamra unieruchomiająca staw łączyła przedniodolny koniec kości biodrowej z przednią powierzchnią szyjki. W dwu innych przypadkach gruźlicy stawu kolanowego klamry łączyły każdy z kłykci kości udowej z odpowiednią częścią guzowatości kości piszczelowej. Okazało się przytem, że doraźny wynik tych zabiegów był dobry i dzieci już w drugim względnie trzecim miesiącu po operacji chodziły bez aparatu, brak jednak jeszcze dalszej obserwacji. Te próby Vignarda mają zresztą tylko na celu wyjaśnienie właściwej roli wprowadzonego przeszczepu kostnego, nie stanowią zaś bynajmniej nowej metody leczniczej. Wiadomo bowiem, a podkreśla to szczególnie Sorrel, że wprowadzanie tego rodzaju ciał obcych nie powinno mieć miejsca w przypadkach gruźlicy, gdyż mogą one niejako przeciąć miękką kość i wysunąć się z niej, z drugiej zaś strony wywołać ropienie i proces zapalny w kości, utrzymujący się przez czas dłuższy nawet po usunięciu metalu. To też i zespalanie powierzchni kostnych po wycięciu stawu zapomocą wszelkiego rodzaju ciał ustrojowi obcych — ma we Francji wielu zdecydowanych przeciwników.

Przeszczepy kostne, stosowane w tej kategorji przypadków starych, niemal wygasłych procesów kostno-stawowych przy braku trwałego zrostu kostnego powierzchni stawowych i istnieniu nieznacznej jeszcze bolesności — mają na celu definitywne ustalenie kończyny, ze względu na obawy możliwości nawrotu sprawy i bardziej rozległego zniszczenia powierzchni stawowych, lub też zbyt późnego wystąpienia całkowitego usztywnienia stawu w wadliwem ułożeniu kończyny.

Obok tego Vignard poleca stosowanie innego rodzaju przeszczepów wewnątrznasadowych w przypadkach wczesnych, niemal początkowych, nie powikłanych jeszcze obecnością ropni i przetok w częściach miękkich, dla osiągnięcia wyleczenia z zachowaniem ruchomości stawu. Autor ten już przed 20 laty twierdził o możliwości zachowania części ruchów w operowanych stawach pod warunkiem doraźnego zaszycia rany bez drenowania. W latach ostatnich natomiast usiłował opracować metodę, pozwalającą na zachowanie możliwie znacznej ruchomości stawu i przeprowadził w tym celu cały szereg ciekawych prób. Wychodząc z założenia że dla odzyskania przynajmniej częściowej czynności stawu koniecznem jest możliwie dokładne zachowanie kształtu i rozmiarów nasad i całości chrząstek stawowych, pośrednich i więzadeł — dążył w pierwszym rzędzie do usunięcia operacyjnego samej tylko kostnej części nasad, zawierającej ogniska gruźlicze. Usunięcie warstwy kostnej na całej przestrzeni nasady prowadziło do powstania jamy, której ściany stanowiły obydwie chrząstki. Okazało się to technicznie trudnem, lecz możliwem, gdyż przestrzeń między chrząstką pośrednią a stawową w wieku młodzieńczym w stawie kolanowym np. wynosi około $2^1/_2$ cm. Pierwsza część zabiegu polega więc na szerokiem otwarciu stawu, niejednokrotnie z oddłutowaniem blaszki kostnej z przyczepami ścięgien i usunięciu tkanki gruźliczej, znajdującej się w częściach miękkich i torebce stawowej. Następnie zapomocą świdra i frez zostaje wywiercony z obydwu stron tunel w nasadzie w odległości kilku mm od chrząstki stawowej, wprowadzona zaś doń łyżka ostra usuwa na ślepo całą chorą i kruchą tkankę kostną, zatrzymując się dopiero wówczas, gdy we wszystkich kierunkach napotyka na zdrową oporną część kości, bezpośrednio przylegającą do chrząstek. Druga część zabiegu polega na plombowaniu jamy powstałej w nasadzie kości zapomocą pasty Mosetiga, względnie wypełnieniu jej przez przeszczep kostny. Mieszanka Mosetiga (40 g jodoformu, 60 g tranu rybiego i 40 g oleju łogowego) zapomocą specjalnej strzykawki przedostaje się do jednego z otworów w nasadzie (drugi w tym czasie winien być zatkany zapomocą kawałka gazy) i dokładnie wypełnia jamę. Jest ona dobrym środkiem, gdyż bardzo powoli się wchłania, jednakże nie wpływa na odtwarzanie się kości, podczas gdy przy dużych ubytkach nasady przez nią wypełnione są słabe i nie zniosą większego obciążenia kończyny.

Z tych względów usiłował Vignard miast pasty wprowadzać do jamy w nasadzie przeszczep kostny, pobudzający procesy kostno-twórcze i zmieniający korzystnie warunki krążenia w nasadzie. Kawałek VIII lub IX żebra, rozdzielony podłużnie, umieszczano poprzecznie w powstałej jamie, łamiąc go pośrodku i zaginając wystające końce w częściach miękkich dla wytworzenia niejako kanału odżywczego. Przy gruźlicy stawu biodrowego po otwarciu stawu i wyskrobaniu torebki przeszczep wprowadzano pod kontrolą wzroku przez otwór wywiercony na zewnętrznej powierzchni krętarza dużego i drążący przez szyjkę do główki. Okazało się przytem, że wewnątrznasadowa część przeszczepu w ciągu 2 — 3 miesięcy nie ulega widocznym zmianom, później zaś znacznie się zwęża i zlewa wreszcie z otaczającą tkanką kostną. Natomiast obwodowe końce przeszczepu, tkwiące w częściach miękkich, bynajmniej nie są niezbędne dla odżywiania, a tylko mogą wikłać sprawę, gdyż kryją w sobie szereg niebezpieczeństw: wywołują one przeważnie odczyny ze strony części miękkich i bóle, w jednym zaś z operowanych w ten sposób przypadków przeszczep uległ zakażeniu gruźliczemu.

W pięćdziesięciu przypadkach, leczonych przy pomocy plomb Mosetiga lub przeszczepów kostnych, otrzymał Vignard wyniki, które uważa za zadawalniające. Po 3 miesiecznem pooperacyjnem unieruchomieniu kończyny, w czasie którego stosowano naświetlania słoneczne, można było zwykle rozpocząć ruchy w stawie, przyczem w $^1/_3$ przypadków udało się zachować w ten sposób jego ruchomość, ilość zaś nawrotów po 1 — 12 letniej obserwacji poszczególnych przypadków wynosiła zaledwie 10%. Metoda ta jednak, zdaniem jej autora, może być stosowana jedynie w specjalnie wybranych przypadkach wczesnych, gdyż tylko przy stawach ruchomych można się spodziewać utrzymania częściowego ich ruchomości, przeszczep zaś kostny może być wprowadzany tylko przy braku zmian okołostawowych — ropni i przetok.

Poglądy więc Vignarda na leczenie chirurgiczne gruźlicy kostno-stawowej odbiegają nieco od ogólnie przyjętych. Jest on zwolennikiem skrobania kostnych ognisk gruźliczych i wypełniania powstałych jam przez przeszczep kostny lub mieszankę Mosetiga, wypowiada się jednak stanowczo za zabiegami, skierowanemi bezpośrednio przeciw schorzeniu gruźliczemu torebki stawowej, gdyż możność cofnięcia się tych zmian pod wpływem usunięcia ognisk kostnych uważa tylko za zawisłą od przypadku i niemal wyjątkową. Zabiegom, stosowanym przez Vignarda na nasadach, uczynić można szereg ważnych zarzutów. Nie są one doszczętnemi, nie zostają bowiem usunięte wszystkie ogniska gruźlicze w nasadzie po manipulowaniu w niej na ślepo zapomocą łyżki ostrej. I choć, jak twierdził już Ollier, ogniska gruźlicze nie wymagają tak doszczętnego usunięcia w granicach zdrowych, jak np. nowotwór złośliwy, to przecież zdarzają się po tych zabiegach

miejscowe nawroty cierpienia. W przypadkach jednak, w których sprawa nie trwa długo, mięśnie nie uległy zanikowi, utrzymana jest jeszcze ruchomość stawu, ogólny stan chorego jest dobry, a w czasie zabiegu nie stwierdza się zmian w chrząstkach stawowych przy istnieniu wyraźnych zmian kostnych — trudno doprawdy nie pokusić się o wykonanie zabiegu zachowawczego z pozostawieniem chrząstek stawowych.

Mówiąc o próbach zachowania ruchów w stawie i stosowania przeszczepów w gruźlicy kości, niesposób nie wspomnieć o metodzie amerykańskiej, opartej na odmiennych zasadach, bo polegającej na wprowadzaniu przeszczepów bez uprzedniego usunięcia ognisk gruźliczych, której niestety nie było sądzonem uczynić przewrotu w nauce o gruźlicy kostno-stawowej i jej leczeniu, jak tego chciał jej wynalazca. Metoda Robertson-Lavalle'a z Buenos-Ayres, fantastyczna w swych założeniach teoretycznych, w praktyce zaś obiecująca cuda, bo wyleczenie w ciągu miesiąca każdego przypadku gruźlicy kostno-stawowej bez względu na umiejscowienie sprawy, jej rozległość, charakter i wiek chorego, nie wzbudziła zaufania w wielu krajach, zaciekawiła jednak francuzów. Świadczą o tem podróże chirurgów francuskich do Ameryki, aby posiąść na miejscu tajniki tej sztuki leczenia, zaproszenie w tym samym celu Lavalle'a do Paryża, doniesienia na posiedzeniach towarzystw lekarskich i ogłoszone drukiem prace. Zainteresowanie to podkreśla szczególnie dobitnie tę charakterystyczną cechę umysłu francuskiego, że w interesie nauki należy zaufać każdej nowej metodzie leczniczej, studjować ją z pewnym zmysłem krytycznym, lecz bez uprzedzenia, gdyż własne doświadczenie pozwala na właściwe wnioski, sprecyzowanie wskazań czy zmianę techniki postępowania i stanowi o postępie.

W przeciwieństwie do Biera, który uważa sztucznie wywołane w przypadkach gruźlicy kostno-stawowej przekrwienie bierne za czynnik leczniczy o wielkiej wartości, Robertson-Lavalle twierdzi, że zastój krwi żylnej towarzyszy każdemu tego rodzaju procesowi gruźliczemu i czyni go winnym rozwoju i postępowania sprawy. Toczący się w kości proces gruźliczy zamyka bowiem światło części drobnych tętniczek i żył, napięcie zaś wypełnionej przez produkty gruźlicze torebki stawowej i obrzęk okołostawowych części miękkich prowadzą do rozciągnięcia naczyń powierzchownych i zgniecenia — okostnowych. Te przeszkody w krążeniu mogą być przezwyciężone przez naczynia tętnicze, podczas gdy żyły ze względu na cienkie swe ściany i słabe krążenie nie są w tych warunkach w stanie całkowicie zebrać krwi z nasad. Pociąga to za sobą rozszerzenie ich światła, a zastój krwi żylnej wywiera ucisk na beleczki kostne, ogranicza znacznie dostęp do nich tlenu, przez co sprzyjać ma rozszerzaniu się procesu. Poszczególne ogniska gruźlicze powiększają się bowiem dzięki przedostawaniu się prątków do otaczającego je pierścieniowato na obwodzie pasa przekrwienia biernego, nazwanego przez Tavignota „pasem nacieku koloru wina". Z tego względu leczenie winno zdążać do usunięcia wadliwego krążenia. Równocześnie z tem zabieg dąży do wywołania czynnego przekrwienia nasady ubogiej w naczynia i z tego względu podatnej na postępowanie sprawy, i wprowadza do kości chorej, w której toczy się proces rozrzedzającego zapalenia kości — nowe elementy kostnienia. Ma on potwierdzać koncepcję, że należy dostarczyć chorym nasadom materjału do ossyfikacji, co może wystarczyć dla zduszenia ognisk kostnych, wtórne zaś schorzenie torebki, nie podtrzymywane przez proces kostny, mogłoby ulec samowyleczeniu. Przeszczepy kostne, przeprowadzane z przynasadowej części trzonu po przez chrząstkę pośrednią do nasady i dochodzące do pasa przekrwienia, otaczającego każde ognisko gruźlicze, mają przedewszystkiem za zadanie spełnić rolę sączka, znoszącego ucisk krwi żylnej na beleczki kostne i jego następstwa, i stworzyć na przyszłość dla odpływu nowe drogi, zastępujące uszkodzone żyły. Równocześnie jednak przy pomocy przeszczepów szybko i obficie mają przerastać naczynia włosowate z kanalików Haversa trzonu do nasad, wzmaga się więc dopływ krwi tętniczej. Wreszcie sam przeszczep ma okazywać działanie troficzne; obecność jego prowadzi do zagęszczającego zapalenia otaczającej go kości, powraca więc nasadzie normalną budowę, zgrubiałe zaś beleczki zwężają przestrzenie międzybeleczkowe i duszą niejako wypełniającą je tkankę ziarninową. W ten sposób, zdaniem Robertson-Lavalle'a powstaje przy pomocy jego metody anatomiczne wyleczenie procesu. Zabieg wykonać należy po uprzedniem przygotowaniu doń chorego, przyczem 15-dniowy odpoczynek kończyny na wyciągu wystarczać ma do uspokojenia się sprawy. Niedozwolonem jest stosowanie helioterapji, jak również naświetlań roentgenem przed, a zwłaszcza po zabiegu, gdyż prowadzą one do przekrwienia ogniska chorobowego i wywołać mogą zanik przeszczepu. Technicznie zabieg w ten sposób się przedstawia, że obydwa przeszczepy, wprowadzone do nasad kości staw tworzących, łączy trzeci przeszczep, długości 10—15 cm, w zależności od wieku dziecka, przedstawiający bądź jednolitą blaszkę kostną, bądź też składający się z szeregu małych odłamków połączonych wspólnem pasmem okostnej i stykających się końcami ze sobą, umieszczony w tkance podskórnej okołostawowej. Przeszczep ten wywołuje odczyn ze strony otaczających go części miękkich, sam zaś ulega przebudowie: grubieje, poszczególne jego części zrastają się ze sobą i z częściami trzonów kości, z któremi się styka, tworząc niemal jedną całość, tak że usuwając go w każdym przypadku po upływie 5—6 miesięcy, Lavalle był niejednokrotnie zmuszony posługiwać się dłutem. Dla otrzymania dobrych wyników leczniczych konieczny warunek miało stanowić ścisłe przestrzeganie podanych przez autora przepisów. Przeszczep podskórny, brany najczęściej z grzebienia kości piszczelowej chorego przy pomocy dłuta, które mniej uszkadza drobne kanały Haversa na jego powierzchni, niż to czyni piłka elektryczna, zawsze winien obejmować okostnę, zbitą i część gąbczastej warstwy kości. Nie jest on zresztą niezbędnym dla otrzymania wyleczenia, choć stosowany w przypadkach ciężkich okazuje korzystny wpływ na przebieg sprawy. Natomiast przeszczepy wprowadzane do kości nigdy nie powinny być pokryte przez okostnę. Należy je szybko przenieść do starannie uprzednio przygotowanych łożysk w kości po dokładnem zatamowaniu krwawienia, po zabiegu zaś unieruchomić kończynę na przeciąg około miesiaca. Większość operowanych przez Lavalle'a dzieci opuszczała szpital już w 25 dniu po operacji w lekkim opatrunku ustalającym lub bez opatrunku i bez wszelkich wskazań leczniczych, lecz z poleceniem prowadzenia normalnego trybu życia. Dobre wyniki lecznicze uważa autor za stałe, zupełnie niezależnie od umiejscowienia, rozległości sprawy i jej charakteru anatomicznego; to też stosowanie zabiegu w klinice w poszczególnych przypadkach nie ma podlegać żadnym ograniczeniom, ani też nie posiadać przeciwwskazań. Niejednokrotnie bowiem dla przedostania się do ognisk znajdujących się w nasadach przechodzić musiał przez tkankę ziarninową względnie ropnie gruźlicze, i mimo to otrzymywał zagojenie się rany przez rychłozrost, tak wybitnem i szybkiem okazało się działanie przeszczepu na nasady i gruźliczą tkankę ziarninową. Doraźne zaś niemal ustępowanie bólów i poprawa stanu ogólnego tem się mają tłumaczyć, że z chwilą wykonania zabiegu przestają się wchłaniać toksyny gruźlicze. Ułożenie przeszczepu musi być różnem w poszczególnych stawach. W stawie kolanowym początkowo wprowadzano przeszczepy symetrycznie po obydwu stronach, później tylko trzy przeszczepy: dwa wewnątrz-kostne i podskórny po jednej stronie. Przy gruźlicy stawu biodrowego otwór winien być tak wywiercony przez krętarz, szyjkę i część główki, żeby wprowadzony doń przeszczep mógł natrafić na pas przekrwienia otaczający ognisko gruźlicze. Co się zaś tyczy gruźliczej próchnicy kręgosłupa, to nawet przy schorzeniu kilku kręgów wystarcza wywiercenie jednego tylko skośnego otworu po przez łuk w kierunku ogniska znajdującego się w trzonie, przyczem w razie uszkodzenia opony twardej należy przeczekać 10 dni na dokończenie zabiegu. I w tych przypadkach również zabieg miał dawać dobre wyniki i wystarczało leżenie w łóżku gipsowem w ciągu 25 dni okresu pooperacyjnego, poczem dalsze leczenie miało być niepotrzebnem i chory mógł prowadzić życie normalne.

Tyle mniej więcej mówi sam Robertson-Lavalle o swej metodzie. Choć jednak podaje, że na 380 operowanych w ten sposób przypadków otrzymał 100% wyleczeń, to w ostatnich czasach (widocznie ze względu na złe wyniki, otrzymane przez innych chirurgów) zmienił nieco względnie uzupełnił przepisy związane z technicznem wykonaniem zabiegu. Żąda mianowicie, ażeby przeszczepy wewnątrz-nasadowe dochodziły bezwarunkowo do pasa nacieku krwawego, otaczającego ogniska gruźlicze. Jeżeli go bowiem nie dosięgną — zabieg nie może odnieść skutku i wpłynie tylko na zmniejszenie się bólów, jeżeli zaś przekroczą i przejdą przez ognisko gruźlicze — nieuniknione są ciężkie powikłania. Koniecznem więc jest tak dokładne badanie kliniczne i radiologiczne, przeprowadzane we wszystkich kierunkach, aby z matematyczną wprost ścisłością mogły być oznaczone przed zabiegiem ogniska nacieku krwawego, których winien na ślepo dosięgnąć świder wprowadzony dla wywiercenia kanału w kości i ogniska właściwego nacieku gruźliczego, które musi za wszelką cenę ominąć. Drugim zaś warunkiem, koniecznym dla otrzymania dobrego wyniku, jest szczególna aseptyka, podobna do stosowanej przez Carrela przy hodowli tkanek, gdyż zwykła aseptyka chirurgiczna nie może być wystarczająca. Zastrzeżenia te bardziej jeszcze wikłają sprawę i Robertson-Lavalle jeździ dziś po Europie z wykładami i kliszami operowanych przypadków, aby osobiście ratować mocno zdyskredytowaną przez innych metodę.

Wprawdzie żaden z chirurgów nie otrzymał przy jej stosowaniu tak znacznej ilości wyleczeń, jak to podawał sam autor,

a wielu miało jedynie złe wyniki, lecz — rzecz niezmiernie ciekawa — wyniki naogół nie były fatalne, jakby się tego zgóry spodziewać było można. Aimes zebrał z piśmiennictwa 100 przypadków, operowanych do dziś przez chirurgów francuskich i włoskich, przyczem okazało się że w 23 otrzymano wyleczenie, w 22 poprawę, w 50 zabieg nie okazał żadnego wpływu, względnie nawet wywołał pogorszenie, 5 zaś chorych zmarło. Doświadczenia autorów francuskich wykazały, że spodziewane cudowne wyniki lecznicze bynajmniej nie odpowiadają rzeczywistości, że wyleczenie otrzymać można nie we wszystkich, lecz co najwyżej w stosunkowo nieznacznej części operowanych przypadków, że występująca niekiedy poprawa kliniczna nie jest trwałą, gdyż częste są pogorszenia względnie nawroty cierpienia, i nie zawsze odpowiada faktycznemu stanowi anatomicznemu, skoro na zdjęciu roentgenowskiem niejednokrotnie wykazać można w tym czasie dalsze postępowanie sprawy, i że wreszcie nawet w pomyślnie przebiegających przypadkach nie zawsze udaje się zachować ruchomość stawu, nigdy zaś nie można otrzymać wyleczenia w tak krótkim czasie. Podkreślają one jednak, że obok dużej ilości zawodów — dobre wyniki lecznicze nie są bynajmniej sporadyczne. Metoda jest więc ciekawą z tego względu, że pozwala niekiedy na otrzymanie wyleczenia z zachowaniem ruchów w stawie i nawet zmiany daleko posunięte cofać się mogą w sposób uderzająco szybki, że korzystnie wpływa na rekalcyfikację kości i doraźnie niemal uspakaja bóle.

Delbet na podstawie własnych doświadczeń formułuje wskazania i przeciwwskazania do stosowania tego zabiegu w zależności od wieku chorego, postaci anatomicznej i usadowienia sprawy. Zabieg można wykonać tylko u osobników młodych: wiek operowanych chorych nie powinien przekraczać lat 40. Najlepsze wyniki — szybkie wyleczenie z zachowaniem ruchów — otrzymano w torebkowej postaci gruźlicy, co jest właściwie faktem paradoksalnym, gdyż roli przeszczepu w tych przypadkach w żaden sposób niepodobna wytłumaczyć; przypadki te więc przedewszystkiem nadają się do leczenia. Ze względu zaś na to, że po zabiegu z reguły znikają bóle, winien on być stosowany we wszystkich bolesnych postaciach gruźlicy, nawet przy istnieniu innych przeciwwskazań. Natomiast sprawa stosowania tej metody w przypadkach powikłanych przetokami nadaje się jeszcze do dyskusji. Usadowienie sprawy chorobowej odgrywać musi we wskazaniach do zabiegu nie mniej decydującą rolę. W stawie kolanowym zabieg ma do pokonania stosunkowo najmniejsze trudności techniczne, to też daje najlepsze wyniki. Dla ułatwienia orjentacji operatora co do kierunku i długości kanałów kostnych, Delbet i Lascombe polecają wykreślanie na skórze pokrywającej staw szeregu linij, przechodzących przez poszczególne punkty kostne. Punkty ich skrzyżowania wyznaczają kierunek, długość zaś przeszczepu wymierzyć uprzednio można przy pomocy promieni Roentgena. Również w 2 przypadkach gruźlicy stawu krzyżowo-biodrowego otrzymał Delbet dobry wynik leczniczy. Natomiast przy gruźlicy stawu biodrowego, skokowego i innych stawów otrzymywał wyłącznie zawody, w czasie zaś zabiegu napotykał na wielkie trudności techniczne, to też metoda Robertson--Lavalle'a winna być w tych przypadkach zarzuconą, względnie tylko wyjątkowo znajdować może zastosowanie.

Zresztą opinje poszczególnych chirurgów francuskich w tej sprawie nie brzmią bynajmniej zgodnie. Tavernier w przypadkach gruźlicy stawu kolanowego woli uciec się do wycięcia stawu, które za cenę sztywności kończyny daje szybkie i pewne wyleczenie; wyraża natomiast nadzieję, że w gruźlicy stawu biodrowego metoda Robertson-Lavalle'a być może w przyszłości odegra podobną rolę, jak metoda Albéego przy próchnicy kręgów, t. j. skróci i uczyni mniej beznadziejnem zachowawcze leczenie tych przypadków. Zdaniem innych autorów stosowanie tej metody przedstawia się ciekawie w początkowych postaciach gruźlicy stawu bez rozległych zmian kostnych ze względu na brak trudności technicznych i niebezpieczeństw, związanych z niewłaściwem umieszczeniem przeszczepu, i na to, że poza okresem dzieciństwa wyleczenie jam kostnych bez zabiegu operacyjnego bezpośrednio przeciw nim skierowanego nie jest właściwie do pomyślenia.

Z pośród licznych przytoczonych nowych metod leczniczych wiele okazało się bezskutecznemi, inne nie przekroczyły jeszcze dotychczas okresu prób i studjów. Mnogość ich świadczy o tem żywem zainteresowaniu, jakie wciąż jeszcze wzbudza we Francji sprawa właściwego leczenia gruźlicy kostno-stawowej. Przy tym stanie rzeczy wytycznemi dla ogólnego użytku w życiu codziennem nadal jeszcze muszą pozostać dawno wypróbowane i utarte drogi leczenia gruźlicy, jakiemi, obok sporadycznych prób nowych środków i metod, kieruje się „szpital morski miasta Paryża" w Berck, liczący 1600 chorych. Może on być uważany za wyrocznię opinji francuskiej z tego względu, że posiada wszelkie warunki dla przeprowadzenia idealnego leczenia ogólnego i miejscowego, które się wzajemnie wspomagają i uzupełniają, wiodąc do pewnego i trwałego wyleczenia schorzenia. Szpital ten zresztą ma oddawna świetne tradycje, związane z nazwiskami jego zasłużonych na tem polu kierowników, zwłaszcza Menarda i Sorrela.

Dla lepszego przeglądu oddzielnie omówię leczenie każdego z poszczególnych umiejscowień gruźlicy kostno-stawowej.

Leczenie gruźliczej próchnicy kręgów jest nieco odmiennem u dziecka i dorosłego, a także w zależności od tego, na jakiej wysokości toczy się proces chorobowy. U dziecka leczenie winno być wyłącznie zachowawczem. Przy schorzeniu dolnych kręgów piersiowych, lędźwiowych lub krzyżowych, chory w ciągu wielu miesięcy pozostaje nieruchomo w pozycji leżącej. Nie znalazły tu zastosowania ogólnie używane łóżka gipsowe. Zadanie to spełnia specjalne twarde „łóżko szpitala morskiego" Lannelonga czy Menarda, używane we wszystkich niemal przypadkach gruźlicy stawowo-kostnej. Jest to płaskie pudło drewniane z twardym materacem i szeregiem otworów w górnej części ram bocznych, których rozmiary nieznacznie tylko przekraczają wysokość materaca. Otwory służą do przymocowania zapomocą sznurków bocznych listew płóciennych, przyszytych do miękkiego gorsetu-kamizeli z grubego płótna, sznurowanego na klatce piersiowej i barkach chorego i mającego za zadanie utrzymanie go nieruchomo w pozycji leżącej. W razie potrzeby przymocować można do ram również nogi chorego. Łóżko to bardzo prymitywne, gdyż może być wykonane przez każdego domorosłego stolarza, w każdej chwili można zdejmować razem z chorym z łóżka zwykłego, na którem spoczywa i przenosić na werandę lub wózek. Chory leży zupełnie poziomo, bez poduszki pod głową, jedynie na wysokości procesu toczącego się w kręgach, względnie w miejscu garbu, ułożony jest poprzecznie między materacem a deskami dna łóżka, bądź na materacu-wałek, mający za zadanie uniesienie ku górze tej części kręgosłupa. Początkowo jest on bardzo niski, aby nie sprawiać żadnej dolegliwości choremu, z czasem jednak, w ciągu następnych miesięcy, stosowane są wałki coraz wyższe. Wałek ten wywołuje kompensacyjne wygięcia kręgosłupa ku przodowi ponad i poniżej chorego kręgu, te zaś mają na celu wyrównanie garbu, jaki się zaczął wytwarzać. Zresztą w przypadkach od początku w ten sposób leczonych garb zwykle nie powstaje i występujące w czasie przebiegu choroby zniszczenie jednego lub dwu trzonów kręgów przejawiać się może klinicznie tylko przez pewne skrócenie kręgosłupa i wytworzenie się w tem miejscu poprzecznych fałdów skórnych. Są to dzisiejsze poglądy na leczenie garbu: można uniknąć jego powstania w przypadkach wczesnych przy właściwem leczeniu, gdy jednak garb się już wytworzył — usunąć go niepodobna i udaje się conajwyżej częściowo wyrównać oś ciała przez wywołanie wygięć kręgosłupa w kierunku przeciwnym w sąsiadujących z nim odcinkach: jeśli zaś o dziecko chodzi, którego wzrost nie jest jeszcze zakończony, to przy podobnem postępowaniu w ciągu kilku lat można również wpłynąć niekiedy na zmianę kształtu tego bloku kostnego, jaki powstał naskutek zrośnięcia się chorych kręgów. Śmiała metoda Calota, polegająca na jednoczasowem forsownem odprowadzeniu garbu po uśpieniu chorego, która przed dwudziestu kilku laty wywołała w świecie lekarskim wielkie poruszenie, i następna z kolei metoda wieloczasowa — powolne odprowadzanie garbu bez znieczulenia na kilkunastu posiedzeniach — należą już dziś do historji. Dziecko nie leży zresztą stale nieruchomo na plecach w łóżku. Dwa razy dziennie pielęgniarka rozwiązuje sznurówkę, obraca chorego na brzuch i w tem ułożeniu, oparty na łokciach pozostaje za każdym razem w ciągu godziny. Postępowanie to ułatwia choremu jedzenie, pozwala na przewietrzanie i utrzymanie czystości skóry, stosowanie naświetlań słonecznych, a równocześnie też sprzyja wytwarzaniu się wyrównawczego wygięcia kręgosłupa ku przodowi w okolicy lędźwiowej.

Chory pozostaje w łóżku aż do czasu wyleczenia procesu. Stwierdzić je można na podstawie trzech czynników: objawów klinicznych, radiologicznych i czasu trwania choroby. Klinicznie winny od dłuższego czasu zniknąć całkowicie bóle, bolesność uciskowa, wszelkie dolegliwości i usztywnienie kręgosłupa. Zdjęcia roentgenowskie, pozwalające uprzednio śledzić postępowanie sprawy i posuwające się zniszczenie, wykazują procesy odbudowy kości, zlanie się ze sobą pozostałych części kręgów i są pod tym względem czynnikiem decydującym. Pewne wskazówki daje wreszcie czas trwania choroby. W przypadkach o przebiegu lekkim na wyleczenie czekać należy conajmniej trzy lata. Ze względu zaś na to, że choroba rozpoczyna się zwykle niespostrzeżenie, początek jej może być oznaczony tylko w przy-

bliżeniu, najczęściej w chwili zjawienia się garbu. W przypadkach powikłanych ropniami lub przetokami, które zjawiają się zwykle w drugim roku przebiegu choroby, dopiero w pół roku lub w rok po ich zniknięciu liczyć można na wyleczenie procesu. Czas trwania choroby ma niewątpliwie wielkie znaczenie dla rokowania, na wnioski jednak o wyleczeniu pozwala tylko łącznie z odpowiedniemi objawami klinicznemi i radiologicznemi.

Chory wyleczony może opuścić łóżko i dostaje gorset gipsowy, w którym przeważnie leży i ostrożnie zaczyna chodzić. O wielkiej ostrożności pod tym względem dosadnie świadczy to, że w ciągu pierwszego miesiąca wolno mu chodzić po 5 minut dziennie, w drugim — po 10, w trzecim do 20, w czwartym — godzinę, w piątym i szóstym po dwie godziny. W okresie tym chory bywa wielokrotnie badany dla wykluczenia obecności objawów klinicznych, mogących świadczyć o wznowieniu się procesu; po 6 miesiącach potwierdza to również kontrolne zdjęcie roentgenowskie. Chory otrzymuje wówczas celluloidowy gorset ortopedyczny, który nosi w ciągu dnia, zdejmuje na noc, śpiąc w dalszym ciągu na twardym materacu z wałkiem pod plecami, jaki był stosowany w pierwszym okresie leczenia. Chodzenie stopniowo podlega coraz mniejszym ograniczeniom, wreszcie po upływie jeszcze jednego roku możliwy jest powrót do normalnego trybu życia, choć w ciągu dwu lat jeszcze winien chory nosić lżejszy gorset ortopedyczny, a gwałtowne ćwiczenia, forsowne chodzenie, całodzienne stanie i t. d. na zawsze winny mu być zabronione. Wszystkie te środki ostrożności tem tłumaczyć należy, że choć gruźlicza próchnica kręgów kończy się u dzieci przeważnie całkowitem wyleczeniem, to jednak zdarzają się przypadki nawrotu cierpienia po upływie szeregu lat. Dlatego też pożądany jest we wszystkich wyleczonych przypadkach wyjazd co rok nad morze lub w góry dla odpoczynku i profilaktycznych naświetlań słonecznych.

Odmiennie nieco przedstawia się pierwszy okres leczenia gruźliczej próchnicy środkowych kręgów piersiowych. W przypadkach tych nie wystarcza leżenie na twardem łóżku ze względu na większą skłonność do powstawania garbu i niemożność wywołania kompensacyjnych wygięć kręgosłupa ku przodowi w bezpośrednim sąsiedztwie ogniska chorobowego (lordoza ta wytwarza się przy podobnem postępowaniu w miejscach odległych — szyjnej i lędźwiowej części kręgosłupa). Dlatego miast łóżka stosuje się od początku gorset gipsowy, dokładnie obejmujący miednicę, w górze zaś zachodzący ponad łopatki. Po pewnym czasie w miejscu wyrostków ościstych kręgów chorych wycina się okno i zapomocą kawałków waty wywiera na nie dość silny równomierny ucisk. Niema on bynajmniej na celu zniesienia już istniejącego garbu, gdyż jest to niemożliwem, lecz prowadzi do powstania nieznacznych wygięć kompensacyjnych w sąsiednich częściach kręgosłupa. W gorsecie tym chory pozostaje w łóżku tak długo, jak w przypadkach gruźlicy kręgów lędźwiowych, t. j. w ciągu 2½ do 3 lat, w czasie następnych 6 miesięcy zaczyna w nim chodzić, a przez dalsze dwa lata nosi gorset ortopedyczny.

Przy gruźliczej próchnicy górnych kręgów piersiowych lub kręgów szyjnych gorset ten, podobnie jak i gorset ortopedyczny po wyleczeniu sprawy, obejmuje również głowę razem z czołem, a pozostawia wolną brodę, aby uniknąć ucisku na szczękę dolną, pociągającego za sobą u dziecka jej następowy niedorozwój, i ułatwić odżywianie.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Henryk POWĄZKA. Kraków.

Odma piersiowa jako choroba samoistna.

Z oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Profesor Dr. J. Kostrzewski.

Na barak gruźliczy oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza skierowano w dniu 24. X. 1929 chorego Wasyla D., lat 31, pomocnika murarskiego, który przy przyjęciu na oddział poza dusznością miernego stopnia, uczuciem ciężaru w klatce piersiowej, nieznacznem kłuciem w lewym boku, kaszlem ze skąpem odpluwaniem plwociny śluzowej, innych dolegliwości nie podawał.

Przy badaniu przedmiotowem stwierdzało się następujący stan: ciepłota 36,8° C, odżywienie średnie, budowa drobna, waga 45,1 kg, rozszerzenie żył na skórze klatki piersiowej po stronie lewej w górze, gruczoły chłonne niepowiększone. Lewa połowa klatki piersiowej szersza, bardziej wysklepiona niż strona prawa, międzyżebrza lewe wyrównane, przy oddychaniu lewa strona powłóczy, klatka piersiowa przy ucisku niebolesna.

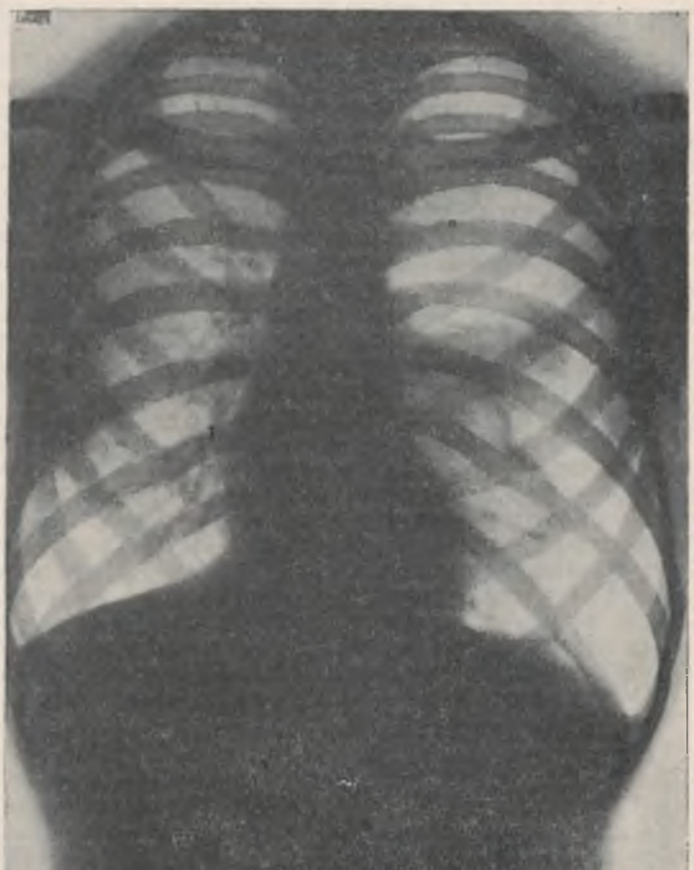
Opukowo: nad płucem lewem tak z przodu, jak i z tyłu wypuk bębenkowy, przytłumienie w okolicy wnęki, granice dolne nisko ustawione (12 żebro w linji łopatkowej tylnej, 9-te żebro w linji pachowej środkowej), nieprzesuwalne. Nad płucem prawem wypuk jawny płucny, granice prawidłowo ustawione, dobrze ruchome.

Osłuchowo: nad płucem lewem szmery oddechowe zniesione, nad płucem prawem szmery oddechowe pęcherzykowe, nieco zaostrzone. Drżenie głosowe, jakoteż osłuchiwanie głosu i szeptu po stronie lewej zniesione. Uderzenie koniuszkowe niewidoczne, niemacalne, stłumienie serca po stronie lewej oznaczyć się nie da, po stronie prawej stłumienie zaczyna się na 2 palce ku wewnątrz od linji sutkowej prawej. Tony serca czyste, bez szmerów, nieco cichsze, najlepiej dają się wysłuchać na prawo od linji mostkowej prawej, tętno miarowe, 100 na minutę, dobrze napięte i wypełnione.

W zakresie innych narządów nic nieprawidłowego. Mocz bez zmian.

Na podstawie powyższych objawów rozpoznaliśmy odmę piersiową zamkniętą lewostronną.

U chorego uderzało względnie dobre samopoczucie, brak wyniszczenia, brak zmian patolog. w drugiem (prawem) płucu, jakoteż brak wysięku przy jednoczesnej odmie. Te dane podawały w wątpliwość przypuszczenie najczęstszego tła odmy, jakiem jest gruźlica. Nie znaleźliśmy też potwierdzenia etjologji gruźliczej w szczegółowych wywiadach, które przedstawiały się następująco:



Ryc. 1.

Na dwa dni przed przyjęciem do szpitala tj. 22. X. 1929 chory zajęty przy budowie niósł wraz z drugim pomocnikiem murarskim rumowisko na powałę, wagi około 150 kg. Szedł po desce, która się załamała, a chory poczuł nagle silny ból w lewym boku, oraz silną duszność. Przytomności nie stracił i nawet nie upadł, zaczął tylko okazywać niepokój ruchowy, tak, że go towarzysze pracy musieli zatrzymać. Podano mu wodę do picia. Chory po pewnej chwili uspokoił się. Tego samego i następnego dnia chodził po mieście załatwiając formalności związane z odesłaniem do szpitala, tak że dopiero na 3-ci dzień od wypadku zgłosił się na oddział. Podczas chodzenia przez te 2 dni odczuwał duszność, jednak dużo już mniejszą niż w pierwszej chwili, musiał odpoczywać od czasu do czasu, na ból się nie skarżył. Chorób żadnych w dzieciństwie miał nie przechodzić. Przed rokiem odczuwał słaby ból w lewym boku i kilkakrotnie z tą skargą zgłaszał

się do kasy chorych. Po pewnym czasie bóle te znikły, tak, że przed chorobą ostatnią czuł się zupełnie zdrów, łaknienie miał dobre, w nocy się nie pocił, nie gorączkował, kaszel miał nieznaczny ze skąpem odpluwaniem, szczególnie rano, siły zawsze dobre, pracował poprzednio jako pomocnik kowala. Pali do 10 papierosów dziennie, nie pije nałogowo, od dzieciństwa był szczupły, drobnej budowy. Mieszkał na wsi do 16 roku życia. Rodzice nie żyją, zmarli w późnym wieku, zawsze byli zdrowi. Siostra zdrowa, dobrze zbudowana. Brat poległ na wojnie. Chory jest żonaty od trzech lat, ma jedno dziecko zdrowe. W rodzinie podobnego przypadku chorobowego nie było.

Obok więc badania przedmiotowego, które nie dawało punktu zaczepnego dla sprawy swoistej w płucach, także i wywiady mówiły o człowieku dotychczas zdrowym. Ten stan rzeczy nasuwał myśl, czy nie mamy do czynienia z rzadkim przypadkiem odmy piersiowej jako choroby samoistnej. Rozstrzygnięcie tego podejrzenia pozostawiliśmy czasowi, przenosząc tymczasem chorego z baraku dla otwartej gruźlicy na barak obserwacyjny.

Chory na oddziele przebywał 24 dni, a potem zgłaszał się do kontroli. Leczenie ograniczało się do leżenia w łóżku przez 2 tygodnie. Skargi na uczucie duszności i uczucie ciężaru stopniowo się zmniejszały, kaszel znikł po kilku dniach. Nad płucem lewem wypuk stawał się stopniowo jawniejszy, granice dolne podniosły się ku górze, a wypuk bębenkowy najdłużej utrzymywał się nad szczytem, szmery oddechowe stawały się na coraz większej przestrzeni słyszalne, stłumienie serca wracało do stosunków prawidłowych i chory po 40-tu dniach od daty zachorowania czuł się zupełnie dobrze. Był zdolny do pracy, przybył na wadze $4^1/_2$ kg, a narząd oddechowy i układ krwionośny nie przedstawiały zmian chorobowych, oprócz upośledzonej przesuwalności granicy dolnej płuca lewego. Przez cały czas chory nie gorączkował, oprócz 3-ch dni podczas przygodnie nabytego zapalenia gardła, tętno już na drugi dzień spadło do 84-ch i przez cały czas pobytu wahało się około 80 na min. Plwocina kilkakrotnie badana, tak wprost jak i po antiforminie, nie zawierała prątków Kocha. Badanie roentgenologiczne uskuteczniono w 4-tym dniu choroby potwierdzało w zupełności rozpoznanie odmy piersiowej i, dodając pewne szczegóły do rozpoznania, wykazywało (Prac. roentg. szpit. św. Łazarza):

Lewe płuco uciśnięte prawie zupełnie, tylko u podstawy przytrzymane zlepem na wysokości kopuły nisko ustawionej przepony, w zatoce ślad płynu. Po prawej stronie zagęszczona wnęka ze zwapnieniami w części górnej, w trzeciem międzyżebrzu w linji sutkowej oddzielne ognisko zwapniałe. Pierwsze żebra niedorozwinięte, lewe krótsze niż prawe. (I-sze zdjęcie).

Na 14-ty dzień śladów płynu w zatoce lewej nie stwierdzało się a płuco lewe było rozkurczone prawie do podwójnej objętości dawnej. (prześwietlenie).

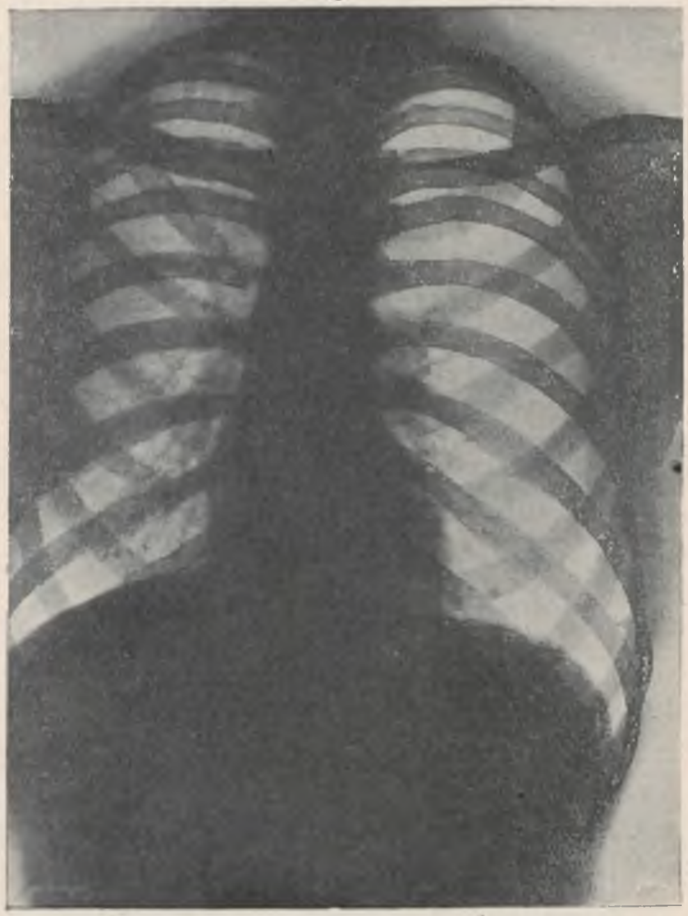
Na 25-ty dzień płuco w dolnej części rozkurczone do linji pachowej przedniej, górna granica płuca niewidoczna, w szczycie jeszcze powietrze. (II-gie zdjęcie).

Na 40-ty dzień od początku choroby płuco już w zupełności rozkurczone, struktura widoczna na całej przestrzeni pola. (III-cie zdjęcie).

Obserwacja i przeprowadzone badania dodatkowe utwierdziły nas w pierwotnem podejrzeniu, gdyż wykluczona była najczęstsza (85—90%) etjologja tj. gruźlica czynna, nie mieliśmy też do czynienia z innem schorzeniem miąższu płucnego lub organów sąsiadujących i powietrznych, znanem z tego, że może doprowadzić niekiedy do powikłania odmą. Wobec tych danych zaliczyliśmy nasz przypadek do grupy, gdzie odma występuje nagle u ludzi zupełnie dotychczas zdrowych, nieleczonych, zwracających się do lekarza z powodu dolegliwości powstałych dopiero właśnie wskutek wytworzenia się odmy, czyli odma stanowi tu niejako chorobę samoistną. Cierpienie w tych razach jest dla nas niespodzianką i musimy sobie odtwarzać etjologję i patogenezę schorzenia. W pierwszej chwili są one dla nas niejasne.

To zaskoczenie badającego oraz najczęstsza dobrotliwość przebiegu choroby, gdy w prawie każdym innym wypadku powikłanie to obciąża i pogarsza znacznie rokowanie, jakoteż stosunkowa rzadkość występowania takiego rodzaju odmy, powoduje, że każdy przypadek jest skrzętnie notowany, dzięki czemu rozporządzamy względnie bogatem piśmiennictwem o tej sprawie.

Ostatnio (1927) Friesdorf posługując się zestawieniami innych autorów (prace doktorskie Nikolsky-Giessen 1912 — i Enneking — Amsterdam 1923) oblicza liczbę tych przypadków na 177, wśród których 69 powstałych przy wysiłku fizycznym, a 74 bez przyczyny zewnętrznej lub bez jej podania przez autorów. Niektóre z tych przypadków są bardzo dokładnie opisane i długi czas klinicznie spostrzegane. I tak Strümpell wymienia 2 przypadki u zdrowych zupełnie osobników, Enneking do 151 zestawionych przez siebie do r. 1923 dorzuca swoich 7 spostrzeżeń z kliniki w Amsterdamie, Ortner pisze o 2 przypadkach powstałych przy silnym kaszlu w przebiegu grypy, Stiller opisuje przypadek powstania odmy przy silnem kichnięciu, Levison i Dovel po jednym przypadku przy śmiechu, Weisz i Koppenstein przy graniu w piłkę nożną, Rosenbach u ucznia 15 letn. gimnastykującego się ciężarkami, a 2 przypadki u dzieci cierpiących na koklusz, Fraentzel przy przetaczaniu beczki u kupca, Friesdorf przy podnoszeniu kamienia, Cahn: 1) przy wciąganiu buta, 2) u oficera wydającego komendę, 3) przy napadzie duszницy oskrzelowej. Pozatem są opisane przypadki przy biegu, forsownym marszu, przy skoku, tańcu, przy wydostaniu się na powierzchnię wody i t. p. Nie brak jednak opisów, gdzie odma wystąpiła przy braku jakiegokolwiek wysiłku fizycznego, stąd nie można przyjąć ogólnej nazwy *pneumothorax spontaneus traumaticus internus.*



Ryc. 2.

W polskiem piśmiennictwie spotkałem spostrzeżenie Szustra, opisane przez Gilewskiego a cytowane przez E. Korczyńskiego (1868), przypadek sądowy sekcjonowany E. Korczyńskiego (1868), wreszcie Malinowskiego (1884). Wszystkie trzy mają jednak etjologję częściowo urazową bez naruszenia ścian klatki piersiowej (zgniecenie między dwoma mijającemi się wozami, uderzenie kijem w klatkę piersiową, dziecko z kokluszem przejechane wozem).

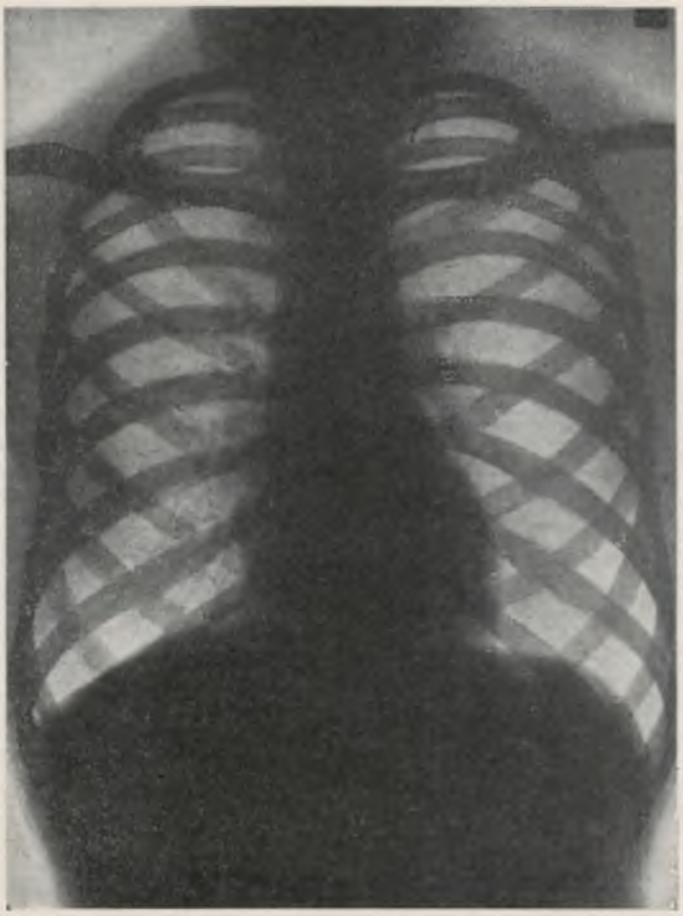
Umieszczony w starszych statystykach ogólnych jest przypadek Bojasińskiego (Gaz. Lek. 1876), który powstał wśród snu i przypadek Biegańskiego (1885) u urzędnika przy pracy biurowej. Sokołowski (1903) wspomina o przypadku przy rozedmie płuc, L. Korczyński i Stupnicki (1913) opisują w Przeglądzie Lekarskim ciekawy przypadek powikłany odmą podskórną przy gwałtownych wymiotach wskutek zawędrowania glistnic do żołądka i przełyku, wreszcie Skłodowski (Gazeta Lekarska 1914 r.) pisze obszernie o przypadku u woźnego przy zamykaniu drzwi, zaznaczając, że wysiłek fizyczny uważa tylko za czynnik wywołujący a nie istotną przyczynę choroby.

W piśmiennictwie polskiem spotykamy się więc z 3-ma wypadkami przy istnieniu częściowego urazu, oraz z 5-ma właściwemi, nasz byłby szóstym z rzędu.

Nikolsky oraz Enneking zajmujący się bliżej tą postacią odmy samoistnej podają, że 80% to mężczyźni, przeciętny

wiek 28¾ roku, przeciętna długość trwania choroby do powrotu ad integrum 43,6 dni, znane są jednak przypadki, gdzie sprawa trwała kilka lat, przeważają lewostronne odmy, znane 4-ry jednocześnie obustronne z zejściem śmiertelnem. Nawroty zdarzają się nie często, Enneking zestawia takich tylko 14-cie, z których jedynie 4 z trzema lub więcej napadami, jeden 11 razy. Do takich należy przypadek Skłodowskiego (3 razy). Nawroty te są bardzo charakterystyczne, nie zdarzają się bowiem przy innej etjologji z powodu następowych zrostów, przeszkadzających powtórzeniu się tej sprawy.

W chwili powstania odmy chorzy zwykle doznają silnej duszności i bólu, co się tłomaczy urazem, nagłem zmniejszeniem powierzchni oddechowej, zaburzeniami krążenia, przesunięciem śródpiersia nieraz znacznem, gdyż ilość powietrza przekracza nieraz 2000 cm³. Stany te bywają niekiedy podobne do *angina pectoris* jak u naszego chorego. Wysięk najczęściej się nie tworzy.



Ryc. 3.

Niektórzy autorzy a między nimi Biegański mówią, że odma z zapaleniem wysiękowem opłucnej mówi o sprawie chorobowej w płucach, kiedy z powietrzem z płuc dostaje się bodziec zapalny i do opłucnej. Muncke zaś nawet uważa brak wysięku wprost za dowód sprawy niegruźliczej. Przebieg naogół dobrotliwy, choć zdarzają się wypadki śmiertelne, które nieraz wyjaśniły bliżej etjologję i patogenezę schorzenia, w statystyce Gaillard'a śmiertelność wynosi 6%, Russel'a i Riesman'a 2%. Rozpoznanie niekiedy trudne może głównie przez niezwykłość zjawiska, przez to, że się o danej sprawie najmniej myśli. Badanie roentgenologiczne wyjaśnia najlepiej przypadek i dodaje wiele cennych szczegółów.

Leczenia sprawa chorobowa nie wymaga żadnego poza środkami uspakajającymi i nasercowymi, stosowanymi niekiedy przy gwałtowniejszych pierwszych objawach. Powietrze samo się wchłania po pewnym czasie. Przy odmie zamkniętej nakłucie klatki piersiowej jest w regule niecelowe, wyciąganie powietrza jeszcze mniej, wyjątkowo przy wielkiej duszności. Przy odmie z wentylem aparat Potain'a wchodzi w rachubę. Niektórzy (Brunner) radzą wstrzykiwać 25—30 cm³ 30% cukru gronowego do jamy opłucnej, co ma jakoby przyczyniać się do szybszego wessania powietrza.

Etjologja nie jest jednolita.

1) Że rozedma może doprowadzić do pęknięcia rozdętych pęcherzyków, na to zgadza się wielu autorów (Laënnec, Bardeleben, Friesdorf, Ortner, Korczyński, Bojasiński, Sokołowski, Staehelin, Koelensmid). Fraenkel ostrzega nawet przed robieniem nakłucia u chorych z rozedmą, gdyż gorsza kurczliwość tkanki wywołać może odmę. Biach przytacza olbrzymią statystykę przypadków, między któremi etjologja rozedmowa zajmuje prawie 1,5% (10 przypadków). Rozumie się, że mowa tu o rozedmie płuc właściwej, istotnej, anatomicznej a nie starczej, klinicznej, która jest właściwie zanikiem tkanki.

2) W innych przypadkach zdania się ścierają i tak Staehelin, West uważają powstanie odmy przy zupełnie zdrowych płucach za wątpliwe i utrzymują, że większość tych przypadków polega na małych zmianach gruźliczych. Ljungdahl, Reiche podtrzymują to zdanie, Schreiber przytacza przypadki sekcyjne potwierdzające to zdanie. Do tych przypadków możnaby zaliczyć np. przyp. Gębarskiego, gdzie w kilka lat po przebyciu odmy o niewyjaśnionej na razie etjologji stwierdzono u pacjenta gruźlicę żebra z wytworzeniem zimnego ropnia. Tu trzeba zaznaczyć, że i Biegański, gdy opisany przez niego chory z odmą, w dwa lata później zapadł na gruźlicę o ostrym przebiegu, skłania się w swej Djagnostyce Chorób wewn. (1896, str. 198) do mniemania, że przyczyną odmy w takich razach bywają drobne zmiany swoiste w postaci np. małych jam podopłucnowych, niedostępnych dla naszego badania.

Większość jednak autorów nie wykluczając takiej możliwości utrzymuje, że przypadki dokładnie opisane, nieraz bardzo długi czas obserwowane, przebadane najskrupulatniej klinicznie, bakterjologicznie i roentgenologicznie, niektóre sekcjonowane (Ranking, Brunner, Pitt i Dittrich) przeczą wyłącznie gruźliczej etjologji tego rzadkiego schorzenia. Cahn dodaje uwagę, że nie widział gruźlicy bezobjawowej, która doprowadziła do odmy i pozostała nadal bez objawów klinicznych.

3) Brunner znalazł w jednym przypadku napewno, w drugim prawdopodobnie, oba razy sekcyjnie, jako przyczynę pęcherzyki płucne rozedmowe w sensie anatomicznym — ograniczonych zmian — bez śladów gruźlicy, emphysema pulm. interstitiale. To samo przypuszczenie wypowiada Levison. Korczyński opisując swój przypadek sądowy mówi, że znalazł „przedarcie jednego pęcherzyka do wielkości orzecha laskowego rozdętego wraz z powłoką opłucnową". Fischer w swojej obszernej pracy z 14-letniego materjału instytutu patologicznego we Frankfurcie n/M. przytacza przypadki sekcyjne, gdzie następuje zanik tkanki pęcherzyka wskutek przewlekłych stanów zapalnych, wskutek zgniecenia oskrzelików, przez bujającą tkankę łączną a przedewszystkiem przez zaciśnięcie podstawy pęcherzyka przez bliznę, dochodzi wskutek tego do rozedmy w sąsiedztwie ognisk niedodmy i pęknięcie takiego pęcherzyka sprowadza odmę (Spitzennarbenblasen).

4) Inni przypuszczają ograniczoną podopłucnową rozedmę, też w sensie anatomicznym a nie klinicznym (Zahn, Stiller, Schreiber).

5) Friesdorf wspomina także o możliwości wrodzonych rozstrzeni oskrzelowych.

6) Emerson, Deetjen, Kleemann nie wykluczają możliwości nagłego podwyższenia ciśnienia powietrza w płucach przy wysiłkach fizycznych, co przy jednoczesnym silnym skurczu głośni spowodować może pęknięcie pęcherzyków.

7) Kusan przytaczając swój przypadek zaznacza, że starszy brat opisywanego chorego przed kilku laty miał także odmę samoistną o takimże samym dobrotliwym przebiegu i mówi o konstytucyjnej anomalji, wrodzonej skłonności do pękania opłucnej w myśl pojęcia Lungensclerose Bauer'a.

8) Wreszcie Bantz przytaczając ciekawy przypadek *poliomyelitis* z odmą, tłumaczy odmę w ten sposób, że wskutek porażenia mięśni klatki piersiowej wydech był niemożliwym podczas gdy wdech był jeszcze utrzymany, gdyż pomocnicze mięśnie szyjne oddechowe były jeszcze czynne, w ten sposób gromadziła się coraz większa ilość powietrza w płucach co spowodowało pęknięcie rozdętych pęcherzyków płucnych — na sekcji znaczna rozedma płuc i świeża *poliomyelitis anterior acuta*.

9) Dla największej liczby przypadków znajdujemy tłomaczenie różnych autorów (Cahn, Stiller, Muncke, Friesdorf i inni) a wśród nich chyba Biegański pierwszy wypowiedział zdanie w „Medycynie", że rozerwaniu ulega w tych razach ścieńczała tkanka płucna na granicy istniejących zrostów opłucnej, tłomacząc, że rozszerzanie płuc następuje przy zrostach niejednostajnie, części przyrośnięte rozszerzają się znacznie mniej aniżeli wolne, co powoduje rozciąganie, a tem samem ścieńczenie tkan-

ki płucnej graniczącej ze zrostem, wysiłek fizyczny czasem nawet nieznaczny powoduje pęknięcie. Biegański, podając swe przypuszczenie powołuje się na to, że na sekcjach wszelkich innych przypadków ze zrostami opłucnej znajduje się naokoło zrostu zwykle mocno rozdęte pęcherzyki płucne, ścieńczałą tkankę płucną a nawet często bardzo znaczne i liczne rozstrzenie oskrzeli (Knauthe).

W naszym przypadku trzeba się przychylić do tego pierwotnego tłomaczenia Biegańskiego, widzimy na roentgenie wyraźny zrost opłucnowo-przeponowy, a powstanie tego zrostu tłómaczyć nam może uzupełnienie wywiadów przez chorego przy późniejszem dokładnem wypytywaniu się, mianowicie chory w 17-ym roku życia pracował jako górnik na Górnym Śląsku i miał w wypadku ściśniętą poprzecznie klatkę piersiową między wózkami puszczonymi w ruch. Chory twierdzi, że lewa połowa została bardziej zgnieciona, przeleżał miesiąc w szpitalu i wtedy mogło powstać *pleuritis traumatica*, dając dzisiejszy zrost, który ze swej strony spowodować mógł odmę.

Przypadek nasz opisujemy ze względu na jego rzadkość, jakoteż ważność z punktu widzenia ubezpieczenia społecznego czy też medycyny sądowej, czego nie znalazłem zaznaczonego w odpowiedniem piśmiennictwie.

Piśmiennictwo.

1) Bantz: Ref. P. G. L. 1925, str. 46. — 2) Biach: W. m. W. 1880, Nr. 1, 2, 3, 6, 7, 15. — 3) Bouchut et Contamin: La pr. med. 1921, p. 159. — 4) Biegański: Med. 1885, Djagn. chor. wewn. 1896. — 5) Bojasiński: G. L. 1876. — 6) Brunner: Ref. Zblt. f. inn. Med. 1921, S. 861. Ref. M. m. W. 1921. S. 712. — 7) Cahn: D. m. W. 1917, Nr. 47, 1918, Nr. 23. — 8) Deetjen: M. Kl. 1923, Nr. 45, 46. — 9) Deist: Ref. Zblt. 1922. — 10) Enneking: Ref. Zblt. 1924, S. 414. — 11) Fischer: Z. f. kl. Med. 1922, T. 95. — 12) Friesdorf: M. m. W. 1927, Nr. 39. — 13) Gębarski: G. L. 1904, str. 683. — 14) Jochman: Ref. Zblt. 1902. — 15) Joerdens: D. m. W. 1919, Nr. 25. — 16) Kleemann: M. Kl. 1918, Nr. 44. — 17) Koelensmid: Ref. Zblt. 1927. — 18) E. Korczyński: Prz. Lek. 1868. — 19) L. Korczyński i Stupnicki: Prz. Lek. 1913, Nr. 39. — 20) Kuhn: P. G. L. 1927, Nr. 48. — 21) Kusan: Ref. Zblt. 1926, S. 525. — 22) Levison: M. m. W. 1899, Nr. 41. — 23) Liebermeister: D. m. W. 1896, Nr. 18. — 24) Malinowski: G. L. 1884. — 25) Matthes: Lehrb. d. Diffdg. 1922. — 26) Muncke: Ref. P. G. L. 1925, str. 229. — 27) Ortner: Kl. Sympt. inner. Krankh. 1926, B. 2, 3. — 28) Reiche: M. m. W. 1918, Nr. 25. — 29) Rosenbach, Nothnagel: Spez. Path. und Ther. 1899 XIV. Band, 1. — 30) Skłodowski: G. L. 1914, Nr. 22. — 31) Sokołowski: Wykł. klin. chor. dróg oddech. II. 1903. — 32) Staehelin, Mohr-Staehelin: Handb. d. inn. Krankh. 1914. — 33) Stiller: W. m. W. 1901, Nr. 18. — 34) Strümpell: Spez. Path. und Ther. 1922. — 35) Weisz und Koppenstein: W. kl. W. 1927, Nr. 32.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Nauka położnictwa dla położnych. Prof. Dr. med. Bolesław Kowalski, Dyrektor wojewódzkiej kliniki dla kobiet i szkoły położnych w Poznaniu, oraz kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

Autor dobrze przysłużył się sprawie pomocy położniczej wydając powyższą książkę. Zawiera ona cenną naukę nie tylko dla położnych, ale i dla lekarzy praktycznych, zajmujących się położnictwem.

Niema gałęzi wiedzy lekarskiej dla praktyka, osobliwie prowincjonalnego, tak ważnej, jak położnictwo.

Dokładna znajomość przedmiotu i umiejętne zastosowanie swej wiedzy w tym zakresie w jakim stosować ją może w warunkach prowincjonalnych, zdala od odpowiednio urządzonej kliniki, nietylko ocala życie nieraz dwojga istot, zapobiega powstawaniu i szerzeniu zakażeń, ale stanowi podstawę dobrej sławy lekarza i jego materjalnego bytu.

Brak tej znajomości często przyczynia się do śmierci lub sprowadza niepowetowane szkody dla zdrowia, a przez to odbiera lekarzowi zaufanie i podkopuje jego byt materjalny.

Praktykując na prowincji blisko lat 50, miałem sposobność przekonać się o tem.

Rozpoczynałem swoją naukę położnictwa w tych czasach, kiedy jeszcze wiekopomne odkrycie Spencer Welsa nie weszło w zastosowanie u nas i pamiętam jak w Instytucie Położniczym Uniwersytetu Warszawskiego przy szpitalu Dzieciątka Jezus u zbiegu ulic Marszałkowskiej i Zgody, wymarły nam wszystkie położnice z gorączki połogowej, Instytut na jakiś czas zamknięto.

W praktyce spotykałem przypadki cierpień i kalectw zadawanych chorym przez osoby niepowołane i powołane do pomocy położniczej. Przytoczę tylko jeden obserwowany wspólnie z ś. p. Aleksym Grobickim, który wezwał mnie na naradę — nieprawdopodobny, a jednak prawdziwy: — Nie mająca żadnych kwalifikacji babka przy wypadniętej rączce w położeniu poprzecznem zrobiła wyłuszczenie w stawie łokciowym, a ponieważ pociąganiem za dolny koniec ramienia płodu, wyciągnąć go nie mogła, więc zrobiła wyłuszczenie obojczyka i łopatki, t. j. wykonała operację jakiej zapewne zawahałby się dokonać najdzielniejszy chirurg w odpowiednio urządzonej sali operacyjnej, przy doborze wszelkich narzędzi, przy pomocy uzdolnionych asystentów. Nasza operatorka obywała się bez wszelkiej pomocy, a operowała cygankiem (ostro zakończony nożyk, ruchomo osadzony w rękojeści). Kiedy przybyłem do chorej a nie mogąc się dowiedzieć o przebiegu porodu, zbadałem ją wewnętrznie, częścią przodującą okazały się poprzeczne wyrostki kręgów szyjowych wykonałem obrót i wyjęcie płodu, po paru godzinach chora zmarła. Ile męczarni, ile ciężkich obrażeń babka musiała zadać chorej, łatwo się domyśleć.

Nie łatwo było wydostać od babki odciętą przez nią kończynę, która składała się z dwóch oddzielnych części; jedną część stanowiła rączka i przedramię, drugą — ramię z obojczykiem i łopatką. Na tej drugiej części widać było dolny koniec ramienia z odsuniętemi ku górze mięśniami. Warstwa tkanek pokrywająca koniec ramienia, była suchą, na skórze pokrywającej staw ramieniowy były nacięcia. Widocznie babka podtrzymując ramię za dolny koniec, zamierzała je odciąć w stawie ramieniowym, a gdy to się jej nie powiodło, wykonała wycięcie całego barku. Sprawę skierowaliśmy do sądu, babka skazaną została na kilka tygodni aresztu. Motywem Sądu wymierzenia babce tak niskiej kary miała być jej nieświadomość.

Było to jeszcze przed 40 laty, ale i w następnych latach przed i powojennych znane mi są liczne wykroczenia przeciwko sztuce lekarskiej, a więc życiu i zdrowiu położnic i ich płodów ze strony lekarzy i położnych.

Znane mi są następujące przypadki:

1) *Noworodka ze złamanem ramieniem;*

2) *Z odciętą kończyną górną* w stawie ramieniowym z rozkładem gnilnym i odmą maciczną;

3) *Przecięcie szyji* i pozostawienie w macicy główki przy porodzie dolnym końcem tułowia;

4) *Oddzielanie naderwanej szyji macicznej,* którą jeden z lekarzy przyjął za resztki łożyska, skarżąc się przedemną, że łożysko bardzo przyrośnięte i oddzielić się nie da; nie mówiąc już o przypadkach zakażeń.

Ale i w ostatnich latach znane mi są przypadki wskazujące na braki w wykształceniu lekarskiem. Tak np. jeden z akuszerów prowincjonalnych trzymanie noworodka główką na dół uważał za tak niezawodny dla wszystkich przypadków śmierci pozornej sposób leczenia, że dawał polecenie felczerowi, którego stale do pomocy używał, aby ten cucił noworodki, trzymając je przez kilka minut główką na dół; inny znów u dziewczyny dotkniętej ciężką formą krwawiączki, z macicą dziecięcą i obfitem krwawieniem miesięcznem rozpoznał poronienie, w czasie zaś krwotoku przy przodującem łożysku — zalecał lód na brzuch i sporysz.

Jeszcze inny w przypadku zatrzymania łożyska gdzie nic nie wskazywało na przyrośnięcie łożyska nie spróbowawszy zabiegu Crede'go, wydalił łożysko przez wprowadzenie ręki do macicy, gdy tymczasem położna ze Szkoły Poznańskiej w podobnym przypadku, po paru nieudanych próbach wyciśnięcia wezwała mnie. Trzeba mi było użyć z pół godziny czasu na odpowiednie ustawienie macicy i masaż, poczem łożysko odeszło. Jestem przekonany, że forsowne wygniatanie uniemożliwiłoby mi ten zabieg, jak to już miałem niejednokrotnie sposobność doświadczyć. Pewna z młodszych położnych, która była najbardziej wziętą w mojej okolicy nie tylko nie opróżniała przy porodzie rozciągniętego moczem pęcherza, ale nawet przy poleceniu wypuszczenia moczu nie umiała wynaleść ujścia cewki moczowej.

Wypadki te i podobne dowodzą jak dalecy jesteśmy jeszcze od należytej pomocy położniczej, i jak wielką jest potrzeba wyszkolenia lekarzy i położnych.

Potrzebę takiego wyszkolenia podnosi Prof. Dr. K. Bocheński w P. Gaz. Lekarskiej z grudnia r. ub. Nr. 49 „Wyszkolenie studentów i lekarzy w położnictwie praktycznem". Proponowane przez Prof. B. zaprowadzenie polikliniki położniczej z pogotowiami położniczemi obejmującemi wyszkolony personel, instrumenty i wszelkie utensylja, niełatwe w miastach uniwersyteckich, byłoby o wiele trudniejsze na prowincji. Łatwiejszą drogą do wy-

szkolenia lekarzy byłyby coroczne kursy przy klinikach choćby parotygodniowe. Czas ten jakkolwiek krótki pozwoliłby lekarzowi poznać nowsze postępy w nauce, zasięgnąć informacji we wszelkich nasuwających mu się wątpliwościach.

Najdostępniejszym jednak środkiem szkolenia w każdym przypadku i w każdej chwili jest sumienna obserwacja przypadku przy pomocy dobrej książki.

Książką taką jest podręcznik Prof. Kowalskiego.

Ocena moja nie może być oczywiście miarodajną, ani strona czysto naukowa podręcznika, ani porównanie go z innemi, dla tego celu przeznaczonemi, nie upoważniają mnie do tego; jestem tylko praktykiem; od lat wielu widzę braki w wyszkoleniu personelu położniczego i dlatego chcę zwrócić na ten podręcznik uwagę Szanownych Kolegów.

Książka formatu 8-ki o 400 stronicach, drukowana wyrazistemi czcionkami na dobrym papierze, opatrzona licznemi naogół dobremi rysunkami, dzieli się na 8 części: 1-sza część podaje wiadomości wstępne dla położnych, następne 6 części stanowią opis ciąży, porodu i połogu, o przebiegu prawidłowym i nieprawidłowym, 8-ma część podaje rozporządzenie władz i przepisy szczegółowe dla położnych w Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie takież rozporządzenie i przepisy w byłych zaborach: pruskim, austrjackim i rosyjskim.

Część pierwsza zawiera niezbędne dla położnych wiadomości z anatomji i fizjologji, naukę o chorobach z uwzględnieniem chorób ważnych dla położnej, naukę o zakażaniu i odkażaniu, niezbędne wiadomości o pielęgnowaniu chorych oraz wyszczególnienie i dokładny opis tych zabiegów jakie wolno wykonywać położnej.

Dalej spotykamy tam ogólne zasady postępowania położnej, dział bardzo ważny; rodzaj przykazań, które powinna mieć wyryte w pamięci podczas całej swej działalności; z których jednak wyszczególnione w punkcie 7-mym na długo zapewne pozostaną jeszcze w sferze życzeń.

Ze środków odkażających oprócz sublimatu i 70% alkoholu do odkażania rąk, przyrządów, a także części rodnych, autor poleca jeszcze krezol. Pragnąłem wprowadzić ten środek zamiast lizolu, który oprócz nieprzyjemnej woni, niekiedy zależnie od chemizmu wody nawet gotowanej daje mętny roztwór, zamknięty we flaszce zwykłym korkiem, często się wylewa, gdyż korek zwilżony lizolem, łatwo się wyślizguje, powodując wylanie lizolu i zanieczyszczenie przyległych przedmiotów.

Kreozol dziś jeszcze jest do tego stopnia środkiem dzielnicowym, że największa składnica Warszawska Sp. Akcyjna Ludwik Spiess i Syn nie mogła zaspokoić zapotrzebowania miejscowego aptekarza i dopiero po pewnym czasie nadesłała w miejsce krezolu jakiś karbol nieoczyszczony, choć dość przeźroczysty, jaśniejszy, różowy.

Autor podkreśla niebezpieczeństwa związane z badaniem wewnętrznem położnej, wyraża zdanie, że położnej nie wolno wogóle badać rodzącej wewnętrznie, określa ściśle w jakich przypadkach wolno jej tego dokonać.

W części pierwszej podane zostały li tylko wiadomości, które są dla położnej niezbędne.

Wykład jest tak dostępny dla osób najmniej przygotowanych, jasny a zarazem zwięzły, że nieby dodać ani ująć nie można.

W części V przy opisie nieprawidłowości ciąży autor opisuje tyłozgięcie macicy, nie wspominając o tyłopochyleniu. Jakkolwiek obie te nieprawidłowości mają wiele objawów wspólnych, to jednakże druga część użytego przez autora określenia dla tyłozgięcia odpowiada raczej tyłopochyleniu. Autor mówi: Dno macicy zwraca się przytem zamiast ku przodowi ku tyłowi i uwypukla tylne sklepienie pochwy.

Ta pierwsza część określenia jest wspólną zarówno dla tyłozgięcia jak i tyłopochylenia.

Dalej czytamy: „Część pochwowa z ujściem macicznem zwraca się równocześnie silnie ku przodowi i unosi ku górze, leży ponad linją międzykrokową".

Ta druga część określenia więcej odpowiada tyłopochyleniu niż tyłozgięciu. Dalej w opisie objawów tyłozgięcia autor mówi: „Część pochwowa stoi wysoko i nie leży w środku miednicy, tylko tuż za spojeniem łonowem, lub nad wchodem miednicy".

Opis ten również więcej odpowiada tyłopochyleniu, bo przy tyłopochylonej macicy, szyjka leży tuż za spojeniem łonowem tylko zwróconą jest ujściem ku przodowi i ku górze, a niekiedy i powyżej spojenia t. j. nad wchodem do miednicy, i skoro autor mówi dalej: „niemożna jej nawet dosięgnąć palcami" to opisuje tyłopochylenie, nazywając je przez omyłkę tyłozgięciem, co ostatecznie potwierdza podany w podręczniku klasyczny rysunek tyłopochylenia według Bumma.

Przyznał mi to zresztą sam autor przy widzeniu się ze mną. Błąd ten zupełnie nie wpływa na jakieś wadliwe postępowanie położnej w jej tak ściśle przez autora zakreślonym zakresie postępowania.

W części VI-tej przy opisie porodu dolnym końcem tułowia jedna rzecz jest dla mnie niezrozumiałą. Przy położeniach płodu dolnym końcem tułowia autor poleca ułożenie rodzącej na łóżku poprzecznem i ilustruje to ułożenie rysunkiem na którym widać, że krocze chorej leżące na brzegu łóżka, znajduje się na poziomie siedzeń dwóch symetrycznie ustawionych krzeseł.

Nie wydaje mi się aby takie ułożenie chorej było odpowiednie dla tych operacji, na jakie przy takiem położeniu płodu lekarz winien być przygotowanym. Tem więcej, że ważniejsze wskazania do tych operacyj wynikają z niebezpieczeństw zagrażających życiu płodu; niezbędnemi więc są tutaj nietylko swoboda ruchów ale i pospiech.

Po urodzeniu się, pośladki a zwłaszcza nóżki znajdują się znacznie niżej od tej płaszczyzny, na której opiera się krocze i stopy rodzącej; w tych warunkach ręce operatora pracować muszą na nieznacznej wysokości nad podłogą — gdzie mieć nie można ani należytego oświetlenia, ani pewności co do zachowania aseptyki, a co najważniejsze, technika operacyjna jest wtedy wysoce utrudniona. Gdyby nawet tych operacyj nie potrzeba było wykonywać, to nie można wykluczyć potrzeby zszycia krocza, wydobycia łożyska zabiegiem Crede'go, wszak to są przypadki niemal codzienne.

Nie wyobrażam sobie, aby je można na poprzecznem łóżku wykonywać lepiej, niż na stole.

Z własnego doświadczenia w początkach mej praktyki z ciężkiej nieraz pracy w pozycji na kolanach, lub siedzącej na małym stołeczku, przekonałem się o trudnościach operowania na łóżku poprzecznem, to też gdzie tylko rozpoznaję położenie dolnym końcem tułowia układam rodzącą na stole powierzając dwom pomocnicom utrzymywanie jej stóp i goleni.

Podręczniki jakie mam pod ręką nawet podręcznik Bumm'a zalecają również w położeniach dolnym końcem tułowia, poprzeczne łóżko.

Może jest to moje osobiste i błędne zapatrywanie, ale wydaje mi się, że operowanie na takiem poprzecznem łóżku jest wielce utrudnione dla lekarza, a połączone z niebezpieczeństwem dla dziecka i matki. Więcej bywa utrudnione i z większem połączone niebezpieczeństwem operowanie w bardzo nieraz niekorzystnych warunkach domowych. A najczęściej zdarzające się wymagające największej zręczności i pośpiechu wykłucie rączek i główki, obowiązuje nie tylko lekarza, ale w myśl § 32 Przepisów dla położnej byłej Dzielnicy Pruskiej wykonywać te zabiegi jest upoważnioną położna.

Mam to przekonanie, że u rodzącej u której się przewiduje lub zachodzi potrzeba zabiegu operacyjnego wysokie ułożenie na stole lub na specjalnie skonstruowanem łóżku wyruguje z czasem łóżko poprzeczne. Dr. Bryndza Nacki na wystawie podczas ostatniego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, wystawił łóżko porodowe z płaszczyzną, na której leży rodząca wzniesiona, mającą swobodny dostęp ze wszystkich stron. Jest to jeszcze jeden dowód więcej potrzeby ułożenia rodzącej na wyższej płaszczyźnie w celu ułatwienia zabiegu operacyjnego.

W końcu podręcznika pomieszczone zostały rozporządzenia i przepisy tyczące się wyszkolenia i działalności położnych. Najprzód podane jest rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. i osnute na podstawie tegoż, — rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z tegoż roku, wreszcie przepisy obowiązujące dawniej w zaborach, pruskim, austrjackim i rosyjskim. Dążą one do wielkich reform w opłakanych warunkach pomocy położniczej, zwłaszcza na prowincji i trzeba podnieść z uznaniem, że polepszyły te warunki choć w niewielkiem jeszcze stopniu.

W przepisach b. Dzielnicy Pruskiej § 26 str. 360, w najważniejszych nieprawidłowościach ciąży, przy których położna natychmiast lekarza zawezwać powinna, brak tyłopochylenia macicy ciężarnej.

W przepisach b. Zaboru austrjackiego w § 13 czyste utrzymanie pokoju przeznaczonego dla porodu i połogu: powiedziano: „Gdzie jest to możebne, pokój na oczekiwany poród powinien być dokładnie oczyszczony, podłoga wymyta lub na wilgotno wytarta".

Omówione w tym przepisie czynności mogą być należycie wypełnione i wogóle należycie oczyszczone i odkażenie pokoju może być dokonane dopiero po uprzedniem usunięciu wszelkich zbytecznych sprzętów i innych przedmiotów; to też usunięcie takowych postawiłbym na pierwszym planie.

Wogóle jednak przepisy służbowe dla położnych w b. zaborze austrjackim są najbardziej wielostronne i szczegółowe, uwzględniające stronę etyczną, profilaktyczną, techniczną, rejestracyjną i prawną; przepisy te z niewielkiemi uzupełnieniami dałyby się zastosować dziś jeszcze choć wydane zostały przed 20-tu laty zgórą.

W podręczniku spotykamy sporo usterek językowych w słowotwórstwie, budowie zdań. Obok bardzo dobrze urobionych terminów, jak: wkład, podsuwacz, są inne na które nie wszyscyby się zgodzili, są zdania z opuszczeniami, niekiedy niejasne, lub nie zrozumiałe.

§ 41, str. 42. — *Odkażanie czyli odwietrzanie.* — Usunąłbym termin: odwietrzanie, pozostawiając jedynie — odkażanie; jeżeli bowiem odkażanie jest czynnością zwalczającą zakażenie to odwietrzanie należałoby rozumieć jako czynność zwalczającą wietrzenie, gdy tymczasem przeciwnie: wpływ powietrza czyli wietrzenie jest środkiem wielce pomocniczym przy odkażaniu szczególnie przy odkażaniu sposobami domowemi. Zamiast więc „odwietrzanie" użyłbym terminu — przewietrzanie.

§ 42, str. 43. — *Dyzenfekcja przyborów.*

Zupełnie niewłaściwem wydaje mi się nazwanie przedmiotów wykonawstwa lekarskiego, „przyborami".

Słowo to bowiem oprócz znaczenia samoistnej czynności przybierania czegoś np. przybór moczu, wody, żółci i t. p. oznacza także przedmioty, które nie stanowią integralnej części tego wykonawstwa lecz bywają przybierane z przedmiotów używanych i do innych celów. Do takich przyborów zaliczyłbym mydło, szczotki, torbę lekarską, nie zaliczyłbym zaś narzędzi lekarskich, irygatora, które jako specjalnie przyrządzone dla celów lekarskich, winny się nazywać przyrządami.

§ 56, str. 55. — *„Położnej wolno pielęgnować jedynie kobiety ciężarne, położnice i noworodki".* — Brak — rodzące, których pielęgnowanie stanowi najważniejszą czynność położnych.

§ 59, str. 57. — Niekiedy lekarstwa wydziela się kropelkami z osobnych buteleczek *z kropleńcem.* — Nazwy kropleniec nie uważałbym za lepszą od „kroplomierz", ta ostatnia bowiem nietylko jest wiernym przykładem „Tropfenzähler" ale też najlepiej oznacza przyrząd do obliczania ilości kropel; przyrząd służący do wkraplania (np. roztworu protargolu do oczek noworodka) nazwałbym wkraplaczem.

§ 66, str. 62. — *Koneweczkę* trzyma się na wysokości pół metra. — Koneweczka nie jest terminem odpowiednim na oznaczenie irygatora, a wartoby urobić odpowiednią nazwę polską, dla tego najpopularniejszego przyrządu którego znaczenie zapobiegawcze i lecznicze tak wybitną odgrywa rolę.

Nazwa „natryskiwacz" podana na oznaczenie tego przyrządu w Słowniku Lekarskim Polskim nie jest odpowiednią.

Irygator służy do nalewania płynu na określone miejsce danej powierzchni, do jamy czy też przewodu, a nie oznacza sposobu tego nalewania.

Nalewanie to może odbywać się strumieniem grubym lub cienkim, silnym lub słabym, jednolitym lub przerywanym, niekiedy miarowo spadającemi kroplami — kroplówka.

Przyrządy do przemywania żołądka, pęcherza, któremi możemy wlewać płyny do tych narządów i wylewać, to takie odmiany irygatora. Irygator spolszczyłbym słowem oblewacz.

Termin ten byłby w każdym razie odpowiedniejszym od koneweczki, która oznacza naczynie do przynoszenia wody i która ani swym wyglądem, ani przeznaczeniem nie odpowiada irygatorowi.

§ 107, str. 114. — Rozróżniamy poród normalny, prawidłowy czyli — zlegnięcie i nieprawidłowy, sztuczny czyli rozwiązanie. Terminy „zlegnięcie" jak i „zlężenie" podawane w Słowniku Lekarskim Polskim są zupełnie zbyteczne, wobec nazwy poród normalny czyli prawidłowy tembardziej, że terminy te nie odznaczają się ani jasnością określenia, ani czystością brzmienia.

§ 110, str. 116. — *„Bóle przepowiadające".*

Niegodziłbym się na ten termin: przepowiada się bowiem przyszłość i to zwykle przyszłość odległą; bóle są już zwykle początkiem porodu; przepowiadanie oznacza też powtarzanie lekcji, w żadnym więc razie bóle przepowiadające nie mają racji bytu; zamiast przepowiadające należałoby powiedzieć „zapowiadające", zapowiedź bowiem tyczy się przyszłości bliższej i bardziej ziszczalnej, niż przyszłość przepowiadana.

§ 118, str. 125. — „Zwrócenie twarzy *ku strony* jednej" — zamiast ku stronie.

§ 193, str. 199. — *„Zapad"* z głębokiem omdleniem Słownik Polski Lekarski *Collapsus* tłumaczy słowem „zapad i „zapaść". U większości autorów między innemi u Prof. Kleckiego w jego podręczniku Patologji Ogólnej spotykamy termin „zapad". Podług mnie „zapaść" właściwszym jest od „zapad", Zapad oznacza zjawisko fizyczne dość konkretne, nagłego zapadnięcia się czegoś; zapaść zaś jest pojęciem bardziej ogólnikowem więcej oderwanem właściwszem na określenie tego ogólnego upadku skomplikowanych przejawów życiowych, somatycznych i psychicznych, które stanowią stan pośredni pomiędzy życiem a śmiercią. Słowo Collapsio upadek omdlenie tłumaczy się lepiej słowem „zapaść".

§ 227, str. 140. — *„Każde położenie dolnym końcem tułowia płodu, rodzi się samodzielnie"* — zapewne winno być *„przy każdem położeniu dolnym końcem tułowia, płód rodzi się samodzielnie".*

§ 242, str. 263. — „Na tej samej podstawie powstają znamiona płomiste — zapewne zamiast płomieniste.

§ 247, str. 268. — „Płód wsuwa się między blaszki *więza* szerokiego" — zamiast więzu szerokiego.

§ 307, str. 327. — Do schorzeń pępkowych niezakaźnych należą: grzybek pępkowy, przepuklina pępkowa i *pępowina...* — Oczywiście do schorzeń pępkowych zaliczoną została przez omyłkę pępowina.

Sporo też usterek językowych znajduje się w dodanych do podręcznika przepisach służbowych co już naturalnie było niezależnem od autora.

W przepisach b. Dzielnicy Pruskiej.

§ 5, str. 355. — „Powinna się chętnie poddać egzaminom *powtórkowym.* Przymiotnik ten o tyle miałby rację bytu, o ileby pochodził od rzeczownika: „powtórek czy powtórka" urobionego na oznaczenie kursu przeszkolenia", ale nawet i w tym razie odpowiedniejszym jest przymiotnik — powtórny.

§ 24, str. 360. — „Po przybyciu lekarza staje się położna jego *pomocniczką* — zapewne zamiast — pomocnicą.

§ 25, str. 360. — „Noworodka musi się zawsze opatrywać *przed matką* — pewno: przed opatrzeniem matki.

W przepisach b. Dzielnicy Austrjackiej.

§ 7, str. 373. — „jeśli jej zaś wiadomo *o wypadku wysokiej ciąży* na miejscu nie powinna bez potrzeby nawet w dzień wydalać się z domu.

Tu już trudno się domyśleć o jakim to *wypadku* (zapewne przypadku) ma być wiadomo położnej.

§ 26, str. 381. — „Dlatego należy zawsze *unikać używanie* na podkłady noszonych części odzieży..." — zapewne używania.

§ 29, str. 382, p. 4. — „...jeżeli we dwie godziny po zniknięciu ujścia macicznego i po odejściu wód płodowych, główka stoi nisko i nie ma nadziei jej szybkiego *wykluczenia"* dalej p. 5 „gdy w okresie *wykluczenia* tony serca u płodu stają się nieregularnemi".

Wykluczenie jest synonimem wyłączenia, a zatem można tu myśleć o odcięciu główki.

Takiego wykluczenia główki, mógł dokonać bardzo nieuświadomiony i niekulturalny kolega, o którym wspominałem, że główkę naostatku idącą odciął, pozostawiając ją w macicy. Ale trudno przypuścić aby „Ministerstwo Spraw Wewnętrznych" tembardziej w porozumieniu z Ministrem Oświaty, zalecało pozbawienia głowy przychodzących na świat obywateli, przeciwnie mogą zalecać wykłucie główki, nie jej wykluczenie.

W Instrukcji dla Akuszerek w b. Zaborze Rosyjskim.

Wyciąg z Kodeksu Kar głównych i poprawczych. Art. 586, str. 398. — „Jeżeli akuszerka znajdując się przy trudnym porodzie przedsięweźmie w miejscu, w którym, lub w bliskości, którego znajduje się lekarz lub akuszerka — taką operację" zapewne lekarz praktyczny lub akuszer.

W dołączonych do podręcznika przepisach zarówno najnowszych, osnutych na Rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych jako też w przepisach b. zaboru pruskiego, austrjackiego i rosyjskiego używa się często słowo wypadek zamiast przypadek: w przepisach b. dzielnicy pruskiej nawet porody zaliczono do wypadków: tak np.

§ 3, str. 353. — „Obowiązek położnej donoszenia o każdym *wypadku porodu".* W przepisach b. dzielnicy austrjackiej, § 29. — „Wzywanie lekarza w poszczególnych *wypadkach,* str. 382 *do wypadków* tych, zaliczone zostały nieprawidłowości budowy, bólów porodowych, położenia płodu i jego zniekształcenia, nawet przyśpieszenie tętna i podniesienie ciepłoty.

W niezliczonych przejawach życiowych, z których każdy ma swoją przyczynę i jest przyczyną innego przejawu choćby nawet śmierci, zupełnie wykluczyłbym słowo wypadek. Wypadek to, zjawisko nieoczekiwane, którego przyczyny albo skutku przewidzieć nie można.

Powyżej wymienione usterki językowe nie ujmują, wartości książki. Zarówno dobór treści jak i sam wykład posiadają wielkie zalety.

Opisy, jasne, zwięzłe a dokładne, poparte rysunkami. Czytelnik najmniej przygotowany, może się zaznajomić z zasadami położnictwa. Lekarz praktyk prowincjonalny — który nie może odmawiać swej pomocy we wszelkich gałęziach praktyki lekarskiej, a który nie posiada odpowiednich podręczników, lub niema czasu na ich studjowanie, bo najczęściej idzie mu o szybką dorywczą informację, znajdzie w książce Dr. Kowalskiego dobrego poradnika. Układ książki na paragrafy z których każdy opisując cząstkę jakiegoś działu, stanowi jednak pewną całość i wyjaśnia jakąś kwestję o którą czytelnikowi mogłoby chodzić, a której tytuł znajdzie przy każdym paragrafie, dozwala mu w każdej wątpliwości znaleść natychmiast wyjaśnienie. Przy olbrzymim rozwoju i postępie we wszystkich działach wiedzy lekarskiej dla lekarza praktyka prowincjonalnego, podręczniki takie są niezbędne. Muszą one się pojawiać w działach Medycyny praktycznej coraz częściej z wielką dla praktyków korzyścią, że wspomnę tu: Zarys Medycyny Sądowej Prof. Grzywo-Dąbrowskiego, Skorowidz Lecznictwa. W nauce położnictwa dla położnych podane są niezbędne wiadomości, które stanowią podstawę praktycznej działalności położnej.

Działalność ta jest tak ściśle określoną, że lekarz wie w jakich przypadkach i w jakim zakresie, może polegać na położnej, jakiej pomocy od niej żądać, ale też równocześnie przeglądając omawiany podręcznik przypomina sobie w jakich przypadkach położna może i powinna zażądać pomocy lekarskiej.

W przepisach służbowych dla położnych w b. Zab. austrjackim. § 29, str. 382. — „Wzywanie lekarza w poszczególnych *wypadkach*" (zamiast przypadkach) wyliczone są wszystkie przypadki w których położna jest obowiązana wezwać lekarza.

Celowość i obowiązek zaznajomienia się lekarzy z przepisami dla położnych, określa wstęp do tychże przepisów w Zaborze austrjackim: *„Postanowienia"* te zawierające po części instrukcje zawodowo-techniczne co do wykonywania sztuki położniczej, po części przepisy co do obowiązków osobistych i publicznych, jakie na położnych ciążą *służyć mają także za wskazówkę dla wszystkich funkcjonarjuszów powołanych do kształcenia położnych, tudzież do wglądania w ich czynności, lub nadzorowanie takowych.*

Zaznajomienie się lekarza z podręcznikiem Prof. Kowalskiego, służy do przypomnienia i wyjaśnienia zasadniczych wiadomości z położnictwa, do ułatwienia jego współpracy z położną i w myśl wyżej przytoczonych postanowień jest obowiązkiem lekarza.

Podręcznik ten nazwałbym vade mecum dla lekarza zajmującego się położnictwem. Życzyć należy aby Nauka dla położnych Prof. Kowalskiego niezadługo ukazała się w drugiem poprawionem może nieco uzupełnionem wydaniu, które z korzyścią dla sprawy zatytułowaćby można:

„Nauka położnictwa dla położnych i dla lekarzy".

A. Sochacki (Dęblin).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom X, zeszyt 5—6, z r. 1929: L. Hirszfeld, W. Halberówna i J. Laskowski: Badania serologiczne nad nowotworami człowieka. — S. Hornówna: Badania doświadczalne nad pałeczką pospolitą (Bacterium vulgare, proteus vulgaris hauseri). — J. Kaulbersz: O przygotowaniu insuliny. — L. Pietkiewicz: Hodowle gonokoków na agarze Karwackiego. — N. Tenenbaumówna: W sprawie wpływu żywienia bezwitaminowego na mikroflorę przewodu pokarmowego. — H. Sparow, R. Zajdlówna i S. Sierakowski: Wytrącanie toksyn szkarlatynowych w odpowiedniem pH. — R. Zajdlówna, S. Sierakowski i H. Sparrow: Oczyszczanie toksyn szkarlatynowych za pomocą strącania w odpowiedniem pH i ultryfikacji. — M. Kacprzak: Kronika epidemjologiczna.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 14, nr. 8, z 15 października 1929: J. Rapczewski: Kilka uwag o chlebie żołnierskim. — H. Stabholz: W sprawie operacyjnego leczenia obrażeń naczyń krwionośnych. — Wł. Ostaszewski: Replantacja, czyli powrotne wszczepianie zębów. — Z. Neuman: Służba sanitarna podczas wojny polsko-rosyjskiej.

Zdrowie, rok XLV, nr. 3, z 1 lutego 1930: Br. Nowakowski: Higjena pracy w pierwszem dziesięcioleciu niepodległości. — Bol. Salak: Dobrowolna higjeniczno-opiekuńcza działalność przemysłu i innych organizacyj niemieckich w roli czynnika kalkulacji gospodarczej. — Br. Nowakowski: Higjena pracy na południowym zachodzie Europy.

Przemysł chemiczny, nr. 3, z lutego 1930: W. J. Piotrowski i J. Winkler: Krakowanie nasyconych węglowodanów gazowych I. — R. Koenig: Zanikanie dobrego masła.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 6., z 9 lutego 1930: E. Szymańska-Krzętowska: Badania oleju migdałowego, oleju z pestek śliwkowych i oleju z pestek brzoskwiniowych oraz porównawcze zestawienie niektórych metod określania liczby jodowej olejów. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Dziecko i matka, rok V, nr. 3, z r. 1930: L. Krzemieniecka: Wiersz. Dwa światy. — M. Benisławska: Ojciec. — M. Moszyńska. Kilka słów o nauczaniu mowy. — F. Kruszewska: Pan Marcinkowski. — St. Pfanhauser: Formy towarzyskie. — Z. Michejdzina: Ważne drobiazgi, karmienie naturalne. — M. Dziadyk-Kłosińska: Rola witamin w leczeniu anemji. — M. Herniczkówna: Mierzenie temperatury. — A. Klęsk: Czy trzeba operować wrzody (ropnie) u dzieci.

Medycyna warszawska, nr. 3, z 7 lutego 1930: W. Łapiński: Przebieg i leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci. — M. Orłowski: Objawy bezpośrednie wrzodu dwunastnicy w obrazie roentgenologicznym. — Wł. Mikułowski: O problemie profilaksji zakaźnej w pedjatrji. — Pamiętniki Alfreda Sokołowskiego. — Wspomnienia pośmiertne: a) ś. p. Dr. A. Rosner, b) ś. p. Dr. K. Zieliński. — W sprawie art. inż. M. Sieńkiewicza „O wodach mineralnych.

Polska Stomatologja, rok VIII, nr. 1, styczeń-luty 1930: J. Jarząb: Kliniczne, roentgenologiczne, anatomo-patologiczne wyniki badań zębów po odcięciu wierzchołka korzeniowego. — Obsadzenie katedry stomatologji w Poznaniu. — J. Jarząb: Poliklinika stomatologiczna Uniwersytetu poznańskiego.

Wiedza lekarska, rok IV, zeszyt 1, ze stycznia 1930: W. H. Melanowski: Zaburzenia wzroku i cierpienia oczu w wieku szkolnym. — D. Hellin: Chirurgja kosmetyczna nosa.

Kosmos, rocznik LIV, zeszyt I—II, z r. 1929, Serja A. rozprawy: Z. Weyberg: O granicy błędu w miareczkowaniu. — E. Sieliwanow: O kaolinianach wapniowców. — H. L. Piotrowski: Kryształy mięszane wodnych siarczanów metali dwuwartościowych. — H. Arcmówna: Kryształ mieszany i roztwór stały. — G. Dickmanówna: O rozpuszczalności kryształów mieszanych. — E. Halpernówna: Czy kryształ mieszany jest roztworem stałym? — W. Friedberg: Studja nad formacją mioceńską Polski, Część V. — W. Krach: Przyczynek do znajomości fauny iłów krakowieckich. — Z. Pazdro: Mszywioły z łupków melinitowych w Skalniku i ich znaczenie stratygraficzne. — K. Demel: Z pomiarów termicznych Bałtyku (za okres 1926—1928). — H. Arctowski i J. Moniak: O światowych zmianach z dnia na dzień w rozmieszczeniu ciśnienia atmosferycznego.

Wiadomości weterynaryjne, rok XII, tom IX, nr. 114, ze stycznia 1930: W. Stefański: O kilku gatunkach nicieni z podrodziny Trichoneminae.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 7, z 13 lutego 1930: J. Glass: O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologji i terapji (c. d.). — H. Brokman i Z. Glińska: Szczepienia ochronne przeciwko błonicy. — H. Sparrow: Anatoksyna błonicza (Str. zbior.). — K. Koronkiewicz: Symulacje chorób w świetle badań urzędowo-lekarskich. — H. Palester: Przebieg ostrych chorób zakaźnych w r. 1929. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

Czystość, rok II, nr. 10, 11 i 12, z r. 1929: W. Chodźko: Zadania społeczne uzdrowisk polskich. — Z. Zabierzowski: Czystość w samorządach miejskich i wiejskich. — M. Grejnic: Dlaczego należy unikać partaczów dentystycznych. — A. Bunge: Zdrowa atmosfera. — L. Wernic: — Podstawy dziedziczności.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstetrique.

Nr. 1 — 1929.

Lorier (Paryż): *Doświadczenia nad metodą Delmas.* Autor w ośmiu przypadkach zastosował metodę Delmas. Opisuje dokładnie przebieg porodu, wskazania i warunki do operacji. Stosował znieczulenie rdzeniowe, dzięki któremu uzyskiwał zwiotczenie mięśni szyi, pochwy i krocza. Niedostatecznie rozwarte ujście

szyi macicy rozciągał wtedy z łatwością palcami do tego stopnia, że mógł założyć kleszcze lub wykonać obrót bez nacinania ujścia. Z wyników dla matek i płodów jest zadowolony. Postępowanie Delmas jest wskazane, zdaniem autora, w tych przypadkach, w których zachodzi potrzeba szybkiego ukończenia porodu, a warunki ku temu są ze strony ujścia niekorzystne. Nie należy stosować tej metody bez ścisłych wskazań. Niedowład macicy jest przeciwwskazaniem dla tej metody.

Metzger (Paryż): *Kilka spostrzeżeń co do przebiegu porodów w znieczuleniu rdzeniowym.* Autor opisuje 5 porodów, w których stosował znieczulenie rdzeniowe (stovaina). Zastanawiając się nad działaniem środka znieczulającego na narząd rodny podnosi następujące momenty: zwiotczenie mięśni krocza, pochwy oraz szyi macicy, dzięki czemu w razie konieczności można palcami rozszerzyć ujście niedostatecznie rozwarte i ukończyć poród.

Środek znieczulający powoduje hypertonję mięśni macicy. Potwierdzeniem tego jest zupełny brak krwawienia w czasie wykonywania cięcia cesarskiego. W nadmiernym skurczu macicy kryje się jednak niebezpieczeństwo krwawień z macicy, które wystąpić mogą w najbliższych kilku dniach. Autor opisuje 1 taki przypadek, który skończył się tragicznie.

Cathala: *Szybkie rozszerzenie palcami szyi macicy w przypadku gruźlicy krtani, uzyskane dzięki znieczuleniu rdzeniowem.* Przypadek kazuistyczny. Pierwiastka lat 30 ciąża 8-miesięczna. Z powodu gruźlicy krtani wystąpiło wskazanie do natychmiastowego ukończenia porodu, który rozpoczął się przedwcześnie. W tym przypadku autor nie decydował się ani na nacięcie ujścia, ani też na cięcie cesarskie pochwowe, lecz zastosował znieczulenie rdzeniowe, oraz rozszerzenie ujścia palcami, a skoro ujście było już zupełnie rozwarte założył forceps. Autor twierdzi, że w przypadkach, w których należy natychmiast ukończyć poród, znieczulenie rdzeniowe, a następnie rozszerzenie ujścia palcami jest metodą wyboru.

Nr. 9 — 1929.

Beuttner (Genewa): *Zmiany kształtu macicy pod wpływem guzów jajnikowych.* W 3 przypadkach dużych torbieli jajnika, usuniętych operacyjnie zauważył autor zmiany w kształcie i wielkości macicy. Macice były przeważnie spłaszczone. W skrawkach z mięśnia macicy, błony śluzowej i otrzewnej wykazywał tylko zmniejszoną ilość naczyń krwionośnych i zaciśnięcie ich światła. Przytacza odnośne piśmiennictwo, z którego wynika, że stopień zmian kształtu macicy zależy nietylko od wielkości i od umiejscowienia guza, lecz i od wieku chorej. Jego przypadki dotyczyły staruszek.

Chatillon (Genewa): *O stosowaniu wyciągów przysadki.* Mając na uwadze 53 przypadki pęknięć macicy notowanych w piśmiennictwie po zastosowaniu preparatów przysadki mózgowej, autor w swoich doświadczeniach klinicznych nie używa go w następujących przypadkach: ścieśnienie macicy, wzgl. niestosunek porodowy, niedostateczne rozwarcie ujścia, niepodatność szyi i części miękkich, nieustalenie główki, nieprawidłowe położenie płodu, grożące pęknięciem macicy, grożąca zamartwica płodu. Przeciwwskazania ogólne — zatrucia ciążowe.

Ernst (Genewa): *Wskazania do nadpochwowego odcięcia macicy sposobem Beuttnera.* Metoda operacyjna Beuttnera polega na odcięciu dna macicy, pozostawieniu jajników i części macicy wraz z błoną śluzową, dzięki czemu pacjentka nadal miesiączkuje. Początkowo stosował Beuttner tę metodę w przypadkach włókniaków, obecnie stosuje ją w przypadkach zmian zapalnych narządu rodnego. Z wywodów autora, który pracuje w klinice Beuttnera 18 lat wynika, że Beuttner operuje wszystkie bez wyjątku sprawy zapalne przydatków swoim sposobem, jeżeli w czasie operacji okaże się, że pozostawienie małej części błony śluzowej oraz jajnika jest możliwe.

Mollow (Genewa): *Przypadek ciąży lejkowej, rozwijającej się na ujściach strzępiastych jajowodu i wiezadle lejkowomiedniczym.* Przyczyna nieznana.

St. M. (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 49 — 1929.

G. B. Gruber: *Istota wad rozwojowych u człowieka.*

G. Stern: *Badania czynności żołądka i trzustki po rozległej resekcji żołądka.* Badania przeprowadzone na 107 przypadkach operowanych I lub II metodą Billrotha wykazały spadek ilości pepsyny i podpuszczki i brak kwasoty w większej ilości przypadków. Różnicy między metodami I i II nie stwierdzono. Natomiast stopień zmian zależy od rozległości resekcji. Na miejsce kw. solnego i pepsyny występuje w żołądku trypsyna. Fermenty trzustki pozostają niezmienione. Trawienie nie ulega po operacji zmianie. Taksamo obraz krwi.

M. Schugurowa: *Znaczenie objawu Libman'a w rozpoznaniu angina pectoris.*

M. Schwamm: *O istocie krzywiczych schorzeń kości.*

R. Reynolds: *Czynniki usposabiające w pathogenezie pląsawicy.*

M. Herz: *Usuwanie dolegliwości dusznicy bolesnej na ulicy.* Autor radzi prócz potrzebnych dawek nitrogliceryny noszenie przez chorego małego termoforu na piersiach.

H. Fuchs. *Leczenie schorzeń skórnych promieniami.*

J. Hass: *Przyczyny bólów w krzyżach i plecach.*

R. Wagner: *Najkorzystniejsze leczenie dietetyczne i insulinowe w leczeniu dziecięcej cukrzycy.*

Nr. 50 — 1929.

H. Kahler: *Serce i wysokie ciśnienie tętnicze.* Kurs dokształcający.

G. B. Gruber: *Istota wad rozwojowych u człowieka.* Dok.

B. Lipschütz: *O wywoływaniu guzów złośliwych krwią zwierząt z guzami złośliwemi.* Krew myszki z mięsakiem wstrzyknął autor 20 myszkom zdrowym podskórnie. 6 myszek pozostało zdrowemi, u 2 wytworzyły się szybko rosnące guzy, u 12 myszek wynik ujemny. W drugiem doświadczeniu szczepienie 7 myszek, płynem z brzucha mięsakowatej myszki dało wynik ujemny.

H. Krasso: *O zatruciu kwasem salicylowym (aspiryną).* Opis przypadku usiłowanego otrucia się 30 g aspiryny.

T. Hryntschak: *Powstanie, rozpoznanie i leczenie kamieni nerkowych.* Kurs dokształcający.

A. Reuss: *Jak należy leczyć wymioty i biegunkę u oseska.* Dla praktyki.

K. Safar: *Jakie zaburzenia wzrokowe wzbudzają podejrzenie schorzenia przysadki.*

Nr. 51 — 1929.

C. Sternberg: *Powstawanie przerzutów.* Autor nie godzi się z teorją Bostroema (Virchowa) jakoby zarówno guzy jak i ich przerzuty powstawały z komórek embrjonalnych pod wpływem działania czynników szkodliwych. Przerzut powstaje raczej z komórek nowotworowych zawleczonych. Komórki te mogą wprawdzie uledz cytolitycznemu działaniu obronnemu krwi, lecz uwolnione cytolizą toksyny ułatwiają prawdopodobnie usadowienie się dalsze komórek nowotworowych.

H. Peham: *O wynikach rozszerzonej operacji raka macicy.* Porównując niektóre statystyki operacyjne ostanich lat 30 stwierdza autor zrozumiały postęp w wynikach po operacji Wertheima.

G. D. Belonovski: *Opsonizacja leków i vakcyn.* Działanie vakcyn względnie leku zależny jest od stopnia adsorbcji przez komórki schorzałe. Podwyższyć można ten stopień adsorbcji przez opsonizację zapomocą dodania specyficznej surowicy wzgl. krwi chorego.

R. Klima: *Przyczynek do kliniki, jelitowej Lymphogranulomatozy.*

Fr. Kerti: *Zmiany obrazu czerwonych ciałek krwi pod wpływem preparatów salicylowych.*

H. Steindl: *Zranienia palca.*

O. Schwarz: *O tzw. męskim klimakterjum.*

H. Herschmann: *Alkohol i choroby umysłowe.*

J. Krzyżanowski (Gdynia).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 31 maja 1929 r.

Przewodniczy: Kol. N. Gąsiorowski.

1) Kol. Szurek Wł. pokazuje i omawia: a) preparaty anatomiczne z przypadku *mięsaka czerniaczkowego* nadnercza lewego z licznemi przerzutami w skórze, mózgu, wsierdziu, opłucnej, otrzewnej i gruczołach limfatycznych. Preparaty pochodzą od kobiety 40-letniej, która przed 3 miesiącami zauważyła guzek w dole podobojczykowym, po czem pojawiały się guzy i guzki coraz liczniejsze. Klinicznie nie można było wykazać ogniska pierwotnego. Naświetlanie Roentgenem, jak można się było spodziewać, nie dało wyniku dodatniego.

b) *Tętniaka rozdzielczego (an. dissecans)* ograniczonego do łuku i części zstępującej tętnicy głównej, począwszy od tętnicy podobojczykowej lewej. Preparat pochodzi od mężczyzny 65-letniego z ogólną miażdżycą. Tętniak powstał na tle nadżarcia miażdżyscowego błony wewnętrznej, przez które krew wcisnęła się między mięśniówkę a przydankę. Jestto rzadziej zachodzący mechanizm powstawania tętniaka rozdzielczego.

c) *Nerek torbielkowatych i wątroby torbielkowej* u kobiety 54-letniej.

2) Kol. Hilarowicz H. przedstawia z kliniki chirurgicznej: a) chorego po operacji *usunięcia ślinianki* podszczękowej z powodu kamicy *(sialolithiasis)*; pokaz preparatu powiększonej ślinianki z silnie rozrosłą tkanką łączna i kamieniem w rozszerzonym przewodzie:

b) *Roentgenogramy*, pochodzące od chorego z przetoką przełykowo-tchawiczą, powstałą wskutek przebicia raka do tchawicy, oraz odnośny preparat sekcyjny;

c) Chorą wyleczoną operacyjnie po przebytej *ostrej martwicy trzustki*. W wywiadach kamica, jeden napad prawdopodobnie lekkiej martwicy wyleczonej po samej tylko laparotomji próbnej. Operacja na 3-ci dzień po wystąpieniu napadu silnych bólów; typowe ogniska martwicy tłuszczowej, wysięk ograniczony do połowy prawej brzucha przez zrosty, co utrudniało rozpoznanie. Odsłonięcie trzustki trzema drogami, tamponada. W leczeniu następowem główne znaczenie miały wlewania śródżylne glukozy i podawanie insuliny oraz chininy. Omówienie krótkie patogenezy martwicy trzustki, rozpoznania i leczenia operacyjnego. Referent zwraca uwagę na wielką wartość odczynu Wohlgemutha na obecność zwiększonej ilości diastazy trzustkowej w moczu, co na 2-gi dzień po operacji zaznaczało się jeszcze bardzo wyraźnie. Odczyn daje się wykonać o wiele prędzej jak inne badania jak np. wykrycie lipazy opornej na atoxyl, badanie toleranciji na cukier i t. d.

d) Chorą operowaną powtórnie w dwa lata po wycięciu żołądka z powodu raka; przy operacji stwierdzono zwężenie w miejscu połączenia sposobem Rydygiera, wykonano ponowną resekcję i połączenie Krönleina - Reichla. W preparacie wykazano jedynie zwężenie bliznowate, brak recydywy. Przypadek świadczy z jednej strony o możliwości zbliznowacenia połączenia Rydygierowskiego nawet przy raku i achylji żołądkowej, z drugiej jest przykładem dobrego wyniku po wcześnie wykonanej resekcji żołądka z powodu raka;

e) Chorego po *wycięciu żołądka* z powodu wrzodu dwunastnicy operowanego sposobem Haberera, polegającym na wykonaniu t. zw. termino-lateralnego, końcowo-bocznego połączenia żołądka z dwunastnicą. Sposób ten dotąd w Polsce nie wykonywany ma wszelkie zalety metody Rydygiera a niema jej stron ujemnych, pozwalając na pewny szew i dobrą drożność jak wykazały dotychczas 3 operowane na klinice przypadki. Pokaz roentgenogramów.

W dyskusji Kol. Schramm zauważa, omawiając objawy przetoki przełykowotchawiczej, iż, mimo wielkiego przebicia, chory może żyć dość długo, mówca podkreśla dobre strony, tudzież zarzuty, stawiane operacji Haberera, wreszcie, co do przypadku przebytej ostrej martwicy trzustki, oświadcza, iż dobry wynik operacji zawdzięcza się dobrze wykonanemu zabiegowi, tudzież dobremu odżywieniu po operacji.

3) Kol. Lipiński wygłasza wykład p. t.: *O masowem zatruciu, względnie zakażeniu mięsem.*

W dyskusji: Kol. Gąsiorowski. Materjał, pochodzący z przypadków opisanych, a mianowicie ze spożytej kiełbasy i 23 próbki krwi z chorych i ozdrowieńców prelegent przesłał Państw. Zakładowi Higjeny we Lwowie do kontrolnego zbadania. Otóż z otrzymanej próbki kiełbasy podejrzanej niewyhodowonao ani laseecznika kiełbasianego *(bac. botulinus)*, ani innych drobnoustrojów chorobotwórczych, jak pałeczek z grupy paradurowej, lub Gärtnera. U myszek białych, karmionych tą kiełbasą, jak również po wstrzyknięciu przesączonego wyciągu z kiełbasy nie wystąpiły żadne objawy chorobowe. Dane te przemawiają więc za tem, że przesłana próbka nie mogłaby być przyczyną zakażenia, względnie zatrucia. Druga grupa badań obejmuje odczyny serologiczne, wykonane z surowicami chorych, względnie ozdrowieńców, po upływie mniej więcej 2 tygodni od zachorowania. Na 23 surowic odczyn zlepny przedstawia się następująco: pałeczki durowe z 4 surowicami w rozcieńczeniu 1/50 wynik dodatni, z resztą sur. ujemny; pałeczki paradurowe A z 3 sur. 1/50 wynik dodatni, pozatem ujemny; pałeczki Gärtner Lwów z 2 sur. 1/100 i 1 sur. 1/50 wynik dodatni, z innemi surowicami ujemny; Gärtner Hannover z 1 sur. 1/100 i 2 sur. 1/50 odczyn dodatni, z innemi ujemny; pałeczki paradurowe B Lwów z 10 sur. 1/300, 5 sur. 1/200 i 5 sur. 1/50 odczyn dodatni, z 3 sur. ujemny; Schottmüller I z 16 sur. 1/300, 5 sur. 1/50 odczyn dodatni, z 2 sur. ujemny; Schottmüller II z 10 sur. 1/300, 7 sur. 1/100 i 2 sur. 1/50 odczyn dodatni, z 4 sur. 1/50 odczyn dodatni, z 4 zaś ujemny. Nie ulega więc wątpliwości,. iż chorobotwórczym czynnikiem w przedstawionych przypadkach jest pałeczka duru rzekomego typu B. Na pytanie, czy w danych przypadkach czynnemi były pałeczki typu Schottmüllera, czy też wrocławskie, nie mamy bakterjologicznej odpowiedzi, ponieważ nie otrzymaliśmy do badania próbek stolcowych, pochodzących z pierwszych okresów chorobowych. Jedynie obraz kliniczny t. j. ostry i krótki przebieg choroby, następnie ujemny wynik badania stolców wykonanego przez prelegenta w okresie chorobowym i u ozdrowieńców przemawia tu za intoksykacyjną formą schorzenia.

Kol. Sieradzki, omawiając znaczenie badań rozpoznawczych masowych zatruć pod względem sądowym i przytaczając przykłady podobnych zatruć po spożyciu studzieniny, stwierdza braki badań bakterjologicznych w tej dziedzinie. Badania, wykonane w związku z omawianem zatruciem, uważa mowca za niedostateczne z punktu widzenia sądowo-lekarskiego. Ma również wątpliwości co do pewności rozpoznania na podstawie prób serologicznych.

Kol. Trawiński, w dłuższem przemówieniu wykazuje, iż w danym przypadku chodziło najprawdopodobniej o zakażenie przetworów mięsnych pałeczką zatruwaczy mięsa typu Gaertner lub Wrocław, a nie jak przyjmuje prelegent o zakażenie pałeczką paratyfusu B. Schottmueller, za czem przemawia przedewszystkiem obraz kliniczny, mianowicie szybko występujące i szybko przemijające objawy chorobowe o znacznem nasileniu, jako też szybkie zniknięcie pałeczek chorobotwórczych z zakażonego organizmu. Przy zatruciach bowiem człowieka zatruwaczami mięsa, jady bakteryjne dostają się wraz ze spożytem mięsem w dużej ilości do organizmu, gdzie ulegają w krótkim czasie resorbcji, atakując przedewszystkiem śluzówkę przewodu pokarmowego oraz system nerwowy, przyczem same bakterje odgrywają w przewodzie pokarmowym drugorzędną rolę. Przy zatruciach wywołanych przez pałeczkę paratyfusu B. Schottmueller, jady bakteryjne dostaja się tylko w nieznacznej ilości ze spożytem mięsem do organizmu ludzkiego, główna rola zaś przypada samym pałeczkom paratyfusowym, które z przewodu pokarmowego przedostają się do obiegu krwi i tu dopiero następuje właściwa produkcja jadów. Nadto pałeczki paratyfusu B. Schottmueller zatrzymują się przez długi czas w organizmie zakażonym nawet jeszcze po przebyciu choroby powodując długotrwałe nosicielstwo.

Kol. Węgrzynowski opisuje spostrzegane przez siebie zatrucie mięsem kilkuset żołnierzy w roku 1918. Zatrucie to dawało obraz ostrego nieżytu jelit. z kału chorych wyhodowano pałeczki paratyfusu B. Z mięsa, spożywanego przez tych żołnierzy, wyhodowano ten sam rodzaj bakteryj.

Kol. Legeżyński omawia projekty mianownictwa komisji słownikowej A. M. W. i podział grupy pałeczek durowo-okrężnicowych. Cała dawna grupa paratyfusowa nosiłaby obecnie nazwę Salmonella, do niej należałyby (według podziału Januschke'go) 1) pałeczki paratyfusu A, B, C — dające obraz chorobowy podobny do durowego u człowieka, u zwierząt niestwierdzane, 2) pałeczki zatruwacze mięsa A (Gärtner) i B (Wrocław) — u człowieka zatrucie, u zwierząt różnorodne procesy chorobowe i 3) pałeczki Salmona (Snipestifer) — dla człowieka z reguły niechorobotwórcze, wtórny zarazek przy pomorze świń. Mowca podaje główne zasady diagnostyki różniczkowej w grupie Salmonelli, przedewszystkiem między pałeczką paratyfusową B (Schottmüller) i pał. zatruwaczem mięsa B (Wrocław), nastręczającą wielkie trudności praktyczne ze względu na bliskie pokrewieństwo tych szczepów. Podkreśla też i znaczenie epidemjologiczne tego rozpoznania, o ile bowiem przy zakażeniach pał. paratyfusu B istnieją roznosiciele i możliwem jest przenoszenie się zarazków przez zetknięcie, to w wypadkach zatrucia miesem obawy te nie zachodzą.

Kol. Kielanowski podaje wyniki badań sanitarno-policyjnych przeprowadzonych w związku z omawianem zatruciem w bursie im. św. Stanisława Kostki (świnie bito na miejscu, salcesony i kiełbasę robiono po dwóch dniach, przy spożyciu były niesmaczne). W dalszym ciągu mowca podaje wyniki badań bakterjologicznych, tudzież objawy chorobowe u zatrutych chłopców.

Kol. Doliński dodaje do słów przedmówcy w sprawie zarządzeń władz, iż sprawa tego zatrucia oddana jest prokuratorji. na miejscu została natychmiast przeprowadzona dezynfekcja. Mowca podnosi zasługę kol. Lipińskiego w zorganizowaniu energicznego i szybkiego ratowania kilkudziesięciu zatrutych.

Kol. Lipiński, odpowiadając na zagadnienia, poruszone w dyskusji, podaje, iż 1) oprócz kiełbasy chłopcy, którzy ulegli

zatruciu spożywali i salceson, 2) ujemny wynik bakterjologiczny nie rozstrzyga o nieobecności pałeczek chorobotwórczych w przetworach mięsnych, i 3) kał zatrutych był badany dopiero po kilku dniach.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 14. czerwca 1929.
Przewodniczy: Kol. N. Gąsiorowski.

1) Kol. Ostrowski T. przedstawia i omawia przypadek *nowotworu przysadki mózgu* u młodego mężczyzny *(dystrophia adiposogenitalis*, zwiększony ucisk śródczaszkowy, ślepota), leczonego operacyjnie (dla zmniejszenia ciśnienia śródczaszkowego) i naświetlaniami Roentgena. Obecnie stan bez zmian lub nawet lekkie polepszenie.

2) Kol. Grabowski W. wygłasza wykład p. t. *O leczeniu nowotworów promieniami Roentgena.* (przeznaczone do druku w P. G. L.).

3) Kol. Tumidajski J. wygłasza wykład p. t. *Roentgenoterapja procesów zapalnych.* (przeznaczone do druku w P. G. L.).

4) Kol. Ehrlich H. przedstawia *przenośny aparat roentgenowski Philipsa.*

St. Legeżyński.

Częstochowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 9 marca 1929 r.
Przewodniczy: Prezes Tow. Kol. Rożkowski.

Oprócz członków miejscowych obecny prelegent Dr. Podsoński (ze Lwowa).

1) Kol. St. Kon pokazał preparat, otrzymany tegoż dnia przy operacji wieloródki ciężarnej (ostatni perjod miała w grudniu). Chora przybyła do szpitala przed 5 dniami w stanie gorączkowym T° 37,9°, tętno 100, objawy podrażnienia otrzewnej, meteorismus; rozpoznanie na razie było utrudnione, przypuszczalnie — ciąża zamaciczna pęknięta. Po kilku dniach po zastosowaniu lodu na brzuch i narkotyków, kiedy objawy zapalne ustąpiły, stwierdzono powyżej spojenia łonowego guz większy i drugi guz mniejszy po stronie prawej, a więc równoczesną obecność ciąży 3-miesięcznej i guza macicy. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono otrzewną ścienną w stanie zapalnym, wyeliminowanie guza nie było możliwe — wykonano więc wycięcie całej macicy nadpochwowe. W otrzymanym preparacie po nacięciu znaleziono objawy rozmiękczenia guza — nekrotyzację włókniaka macicy.

2) Dr. Podsoński wygłosił odczyt informacyjny: *„Lubień Wielki — zdrój siarczany i znaczenie siarki dla ustroju"*.

Po krótkim historycznym wstępie określa prelegent wody siarczane Lubienia jako siarczano-wapienne z wielką ilością wolnego siarkowodoru. Przewaga wapnia w porównaniu do ilości potasu powoduje, że wody te prócz działania siarki, znajdującej się w bardzo znacznem rozdrobnieniu koloidalnem, objawiają wybitne działanie przeciwpęczniejące, przeciwzapalne. Stosowanie wód polegało i polega na doświadczeniu, chociaż dzisiaj już możemy mówić o początkach traktowania działania kąpieli z punktu widzenia doświadczalnego, na dowód czego przytacza prelegent doświadczenie Maliwy na myszach w kąpieli siarczanej, udowadniające, że siarka ulega wessaniu przez zdrową skórę; dalej spostrzeżenia Fritza i Maliwy, że kąpiele siarczane nie działają wyłącznie sugestywnie, lecz że działanie siarki musi uznać każdy, nieuprzedzony.

Prelegent śledzi losy siarki w ustroju i dochodzi do wniosku, że po szeregu bodźców kąpielowych występuje reakcja ogólna i miejscowa, która jest specyficznym odczynem ustroju na wodę siarczaną lubieńską. Kąpiele wydobywają z ustroju ukryte energje i zasoby, które bez tych kąpieli by się nie ujawniły. Po kąpielach tych występują trwałe zmiany w mineralizacji ustroju, składzie krwi i koloidów, regulując wzajemne stosunki działania nerwów roślinnych. Prelegent poświęca wiele czasu obserwacjom nad reakcją pokąpielową, której przypisuje równe znaczenie jak innym spostrzeżeniom, np. termometrji, liczeniu leukocytów lub szybkości opadania krwinek. Przez reakcję rozumie prelegent występowanie w ustroju jakichś czynników samoistnych, obdarzonych właściwościami, które zwracają się przeciw chorobotwórczemu bodźcowi a wspomagają siły organizmu. Jako dowód działania siarki przytacza spostrzeżenia w zatruciach salwarsanem, leczonych siarką parenteralnie.

Prelegent opisuje sposób i rodzaj stosowania kąpieli siarczanych, borowinowych, kocowania, leżalnie; stosowane tamże kąpiele kwaso-węglane i tlenowe. Podaje wskazania a więc choroby stawów, zapalenia nerwów (ischias), zapalenia żył, choroby narządów rodnych u kobiet, kładzie nacisk na działanie wody Lubieńskiej kosmetyczne na skórę. W zakończeniu podaje opis Lubieńskich łazienek, ilustrowany fotografjami. Lubień ma znakomitą borowinę. Prócz kąpieli używa się wody lubieńskiej do inhalacji siarczanych w nieżytach górnych dróg oddechowych, do irygacji u kobiet i do picia.

Lubień ma prócz tego kompletny zakład Zanderowski, emanatorjum radowe, elektro- i helio-terapję. Prelegent kończy opisem miejscowości, parku, pensjonatów, domów, wodociągów, centrali elektrycznej i t. d. (Streszczenie własne).

Odczyt Dr. Podsońskiego wywołał ożywioną dyskusję. Kol. Łokczewski sądzi, że sprawa ściśle naukowego wytłumaczenia działania siarki na ustrój w postaci kąpieli pozostaje nadal otwartą. Zdaniem Kol. Koniecpolskiego w sprawach gruźliczych unikać należy reakcji, a więc i działanie kąpieli siarczanych może być niekorzystne. Kol. Szaniawski w sprawach gruźliczych przewlekłych u dzieci widział działanie korzystne. Kol. Frühaufowa tłumaczy rozmaite działanie wód siarczanych na przewód pokarmowy (zaparcie albo rozwolnienie) odmiennem działaniem siarki na ustrój wagotoników i sympatykotoników. Kol. St. Kon widział w Busku, w kolonji dla dzieci b. dobre wyniki lecznicze. Kol. Frenkenberg zaznacza optymizm lekarzy zdrojowych: w parkinsonizmie i sclerosis disseminata chorzy powracają z kąpielisk bez zmian na lepsze. Mówiąc o korzystnem działaniu w rwie kulszowej, należałoby przedewszystkiem ściśle odróżnić ból neuralgiczny od bólu mięśniowego. Kol. Szwedowski sądzi, że ponieważ w zdrojowiskach obok kąpieli siarczanych są stosowane i inne sposoby leczenia, nasz sąd o działaniu wyłącznem kąpieli siarczanych jest wielce utrudniony. Kol. Bram przemawiał przeciwko pesymizmowi lekarzy: jak wykazuje doświadczenie codzienne, ma siarka niewątpliwie działanie dodatnie, gra tu rolę i radioaktywność wód naturalnych; połączenie wielu środków leczniczych ma swoje uzasadnienie. Rozstrzyga dobro chorego, któremu należy ulżyć w cierpieniu. Kol. Rożkowski podziela zdanie, że działanie wód siarczanych trudno uzasadnić naukowo. Działanie kąpieli hypotoniczne, w nadciśnieniu — wątpliwe. Omawia stosowanie siarki w nadciśnieniu pierwotnem, w postaci zastrzyków domięśniowych (Rusznyák z kliniki Korany'ego w Budapeszcie zaleca 1% zawiesinę siarki w oliwie, sulfolein, w dawkach od 1,0 do 10 cm³, śródmięśniowo co 3—5 dni). Popełnia się, zdaniem mówcy, nadużycia w stosowaniu rozpoznania „artretyzmu" w praktyce codziennej; wysoka zawartość kwasu moczowego w moczu bez odpowiedniej djety nie stanowi cechy rozpoznawczej.

W odpowiedzi prelegent wyjaśnił: uzasadnienie ściśle naukowe działania siarki na ustrój nie jest dotąd możliwe, musimy polegać na empirji; reakcja chorego zastępuje doświadczenie, luetyków i gruźlików nie leczy się w Lubieniu. Działanie hypotoniczne kąpieli stwierdził w praktyce. O parkinsonizmie i sclerosis disseminata nie mówił i dobrych wyników w tych sprawach nie widział.

3) Kol. Koniecpolski odczytał pracę: *O wartości prognostycznej odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego"*.

Prelegent stwierdził na dość dużym materjale szpitalnym i po części prywatnym u pewnej części chorych, gdzie przebieg chorobowy bezwzględnie przemawiał za ciężkiem zakażeniem durowem, że odczyn zlepny występował ujemnie, często dopiero podczas nawrotów w rozcieńczeniu 1 : 50, jako słabo dodatni. Przytacza cały szereg historji chorób, z których wynika, że odczyn Widala występował w 3-cim lub w 4-tym tygodniu choroby, często nawet stale ujemnie. W przeciwieństwie do tej kategorji chorych prelegent spostrzegał takich chorych durowych, — u których sprawa chorobowa przebiegała łagodnie, bez poważniejszych powikłań, odczyn zaś zlepny zjawiał się wcześniej i to w stopniu wysokim jak np. 1 : 400, 1 : 800. (Druk. w Warsz. Czas. Lek.).

W dyskusji: Kol. Łokczewski sądzi, że o ile odczyn Widala słaby lub ujemny stanowi cechę ciężkich przypadków duru i przebiegających niepomyślnie — można ten objaw tłumaczyć, jako brak w tych przypadkach odporności ustroju do zwalczania zarazka. Spostrzeżenia prelegenta nie są jednak tak liczne, abyśmy mogli tezę powyższą uznać za dowiedzioną; odczyn Widala posiada nadal wartość rozpoznawczą, od 2-go tygodnia choroby, wartość zaś prognostyczna wymaga dalszej oceny i sprawdzenia. Kol. Gutman zapytywał, czy w szpitalach w Częstochowie są wykonywane badania krwi na prątki durowe. Prezes Rożkowski uważa badanie krwi w durze brzusznym za wykonalne u nas i niezbędne, może ono bowiem dawać wynik rozpoznawczy w pierwszych dniach choroby. Zdaniem Kol. Rożkowskiego przypadki Kol. Koniecpolskiego o odczynie Widala ujemnym budzić mogą wątpliwości co do rozpoznania. Między innemi mogło wchodzić w grę zakażenie gruźlicze (typhobacilloza Landouzy). Zdaniem Kol. Szaniawskiego niekiedy objawy duru i gruźlicy są zupełnie podobne i budzą trudności rozpoznawcze.

Posiedzenie kliniczne w dniu 10 marca 1929 r., w Szpitalu dla dzieci i chorych wewnętrznych. — Ordynatorzy: Dr. Stawnicki i Dr. Szaniawski.

1) Na oddziale chorób dzieci Kol. Szaniawski oprowadzając obecnych od łóżka do łóżka, pokazał 16 chorych dzieci, omawiając zwięźle rozpoznanie i leczenie. Były to przypadki: meningitis serosa po zapaleniu płuc, endocarditis po anginie; trudny pod względem rozpoznawczym przypadek choroby u chłopca: naciek na tylnej ścianie krtani, naciek twardy albo guz w górnej części jamy brzusznej, rozpoznanie waha się — albo gruźlica otrzewnej, albo lymphogranulomatosis maligna; monarthritis, 2 przypadki choreae minoris, w jednym stosowano Nirvanol z wynikiem pomyślnym, dziecko miało na skórze wykwity, spowodowane lekarstwem; przypadek wady serca i obrzęków, leczony salyrganem, przypadek t. zw. pedo-nephritis Heubnera i inne.

2) Kol. Stawnicki pokazał i omówił szczegółowo poniższe przypadki:

a) mężczyznę z zaburzeniami układu nerwowego i dróg trawiennych (żołądka) na tle przymiotu (pseudotabes luetica). Chory w r. 1912 miał „coś" na prąciu, obecnie ma bóle w dołku, poprzednio stwierdzono nadkwaśność żołądka — ogólna kwasota 88°, kwasu wolnego 68° — był prześwietlany Roentgenem: papka przechodzi z żołądka, oddźwiernik spastycznie zamknięty — stenosis spastica pylori. Objawy ze strony układu nerwowego: nadczułość kręgosłupa, bóle rozmaite, dermografja, odruchy brzuszne niewybitne, odruchy kolanowe zachowane, ale słabe, Romberg ujemny, prawa gałka oczna mniejsza, anisocoria (prawa źrenica węższa), odczyn Wassermana wybitnie dodatni.

Kol. Freukenberg bada chorego i znajduje poniższe: odruch Achillesa zachowany, w oku prawem — objaw Hornera (ucisk n. sympathici), dominującym objawem są crises gastriques z nadkwaśnością. Nie jest dowiedzione, że tylko przymiot wywołuje crises gastriques; najczęściej bywa obok przymiotu wrzód żołądka. Postaci przymiotu, w których są obecne crises gastriques, są zwykle wolne od bezładu (ataksji). W przypadku, jak obecny, dobry wynik leczniczy daje pilocarpina albo gynergen; arszenik jest wskazany w sprawach rdzeniowych (lues spinalis), tu byłby wskazany raczej bizmut.

Kol. Petrykat rozpoznaje w tym przypadku pseudo-tabes luetica, i zaleca terapję gorączkową — phlogetan i bizmut;

b) pokazał kobietę z objawami wiądu rdzenia; odruchów kolanowych niema, Romberg, objaw Rosenbacha (nie może podnieść kończyny dolnej), objaw Frenkla (zwiotczenie mięśni), objaw Olszańskiego (genu recurvatum), odruchy brzuszne zachowane, crises gastriques;

c) mężczyznę z rozpoznaniem przymiotu mózgu: 2 lata temu leczył się w szpitalu, obecnie przyjęty powtórnie, odczyn Wassermanna dodatni ++++;

d) kobietę z rozpoznaniem przymiotu mózgu. Przybyła do szpitala w stanie podniecenia szałowego. Rodziła 9 razy, roniła 3 razy, ostatnio — ciąża, wymioty, była wysłana do Kochanówki, tam urodziła, przybyła ponownie na oddział, Wassermann ++++ kuracja przeciwkiłowa, poprawa;

e) mężczyznę w średnim wieku; przyjęty z powodu pleuropneumonii na tle grypy; niebawem stwierdzono oczopląs i drżenie rąk zamiarowe. Z wywiadów wiadomo tylko, że służył w wojsku, był na Węgrzech; lat nie pamięta, kiedy się ożenił — nie może określić, nie nie czyta, nie rozmawia. Obecnie odczyn Wassermanna ++++, w płynie rdzeniowym odczyn również dodatni, Nonne-Apelt, leukocytoza 8 w polu widzenia, objawu Babińskiego niema, Romberga niema, litery nie wymawia. Rozpoznano porażenie postępowe.

Zdaniem prelegenta, odczyn Wassermanna, jako sposób kontrolny, u takich chorych często zawodzi; zaleca metodę Lauge (badania płynu rdzeniowego z roztworem koloidalnym złota), poza tem fotometr Vernes'a do badania krwi.

3) Kol. Błagowidow pokazał chłopca, który miewa napady duszności i nie znosi kurzu i dymu; prześwietlenie wykazało powiększenie wnęk płucnych. Odczyn Biernackiego po 3 godzinach. Chory leczony odczulaniem zapomocą szczepienia wyciągu kurzu (z Instytutu Warszawskiego); na posiedzeniu Kol. Błagowidow wykonał odpowiednie szczepienie, otrzymując charakterystyczny odczyn.

Posiedzenie w dniu 19 kwietnia 1929 r.
Przewodniczy: Prezes Tow. Kol. Rożkowski.

1) Kol. Koniecpolski, uzupełniając swój odczyt *„o wartości prognostycznej odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego"*, komunikuje dwa własne przypadki na poparcie zdania, że często ciężkie przypadki duru przebiegają z odczynem Widala ujemnym albo słabo zaznaczonym oraz podaje dwa ostatnio ogłoszone w „Nowinach lekarskich" — praca W. Mikułowskiego „przyczynki do mechanizmu krwotoków kiszkowych w durze brzusznym" — przypadki, potwierdzające powyższą tezę; z tych w pierwszym przypadku posiew moczu wykazał obecność prątków Ebertha a odczyn Widala pomimo to był ujemny; w 2-im przypadku było ostre zapalenie nerek, posiew moczu wykazał prątki, odczyn zaś Widala był ujemny, i dopiero w 32-im dniu choroby okazał się dodatnim.

2) Kol. Szwedowski pokazał chorego na gruźlicę płuc, leczonego sztuczną odmą piersiową — lewostronną — ze stale wykonywaną sedymentacją krwinek, która na początku występowała po 92 minutach, chory otrzymywał dopełnienia odmy w ciągu kilku tygodni, i wtedy opadanie krwinek następowało po 370 minutach, t. zn. stan prawie normalny; od października (r. 1928) u chorego stwierdzono tworzenie się wysięku opłucnej i dopełnienia stawały się coraz trudniejsze, opadanie krwinek spadło do 35 minut, a kiedy dopełnienia zostały zupełnie przerwane — do 15 minut. W styczniu było opadanie krwinek po 300 minutach. Obecnie są objawy rozpadowe w prawem płucu i opadanie krwinek po 35 minutach.

Następnie Kol. Szwedowski wykonał na posiedzeniu badanie krwi na opadanie krwinek na dwu osobach — zdrowej i chorej; u chorego sedymentacja wystąpiła po 20 kilku minutach.

3) Kol. Freukenberg omówił szczegółowo ciekawy przypadek z praktyki hemologicznej. Chory z powodu „napadów" leczył się luminalem; miewa często drgawki, bóle głowy i bezsenność. Przed napadem miewał osłabienie palców rąk, rękę skręcało, pisać nie mógł; czasem tracił przytem przytomność, częściej — napady bez utraty przytomności. Lekarze rozpoznawali padaczkę. Badanie wykazało: osłabienie mięśni kończyny górnej prawej, zanik mięśni kłębuszka, obniżenie czucia na twarzy, na klatce piersiowej i tułowiu, utrata czucia ułożenia i stereognostycznego; nierówność źrenic, reakcja opieszała, dno oczu normalne; odruchy skórne i ścięgniste żywe. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny, ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego normalne, w cieczy rdzeniowej białych ciałek — 7 w 1 mm³, białka — 0,04%, Nonne-Apelt ujemny. Z wywiadów — przymiot przed 10 laty, leczony salwarsanem i nadużycie alkoholu. Co do rozpoznania: prelegent odrzuca rozpoznanie padaczki samoistnej i rozważa kolejno możliwości rozpoznawcze przypadku: 1) kilak mózgu (opony twardej?), objawów guza nie było, ani wymiotów, ani wzmożonego ciśnienia, przebieg 6 lat za długi dla guza mózgu, 2) pachymeningitis haemorrhagica daje objawy wzmożonego ciśnienia, czego tu nie było, 3) dla bąblowca mózgu również brak było danych. Mówca rozpoznaje w tym przypadku jakąś zmianę kostną, periostitis na tle przymiotu. Rozpoznanie to potwierdził dobry wynik kuracji bizmutem i jodkiem potasu pomimo ujemnego Wassermanna. Napady były coraz rzadsze, po 12 zastrzykach napadów już nie było, sen normalny, czucie wróciło, siła rąk wzmogła się. W zakończeniu mówca podnosi znaczenie w rozpoznawaniu takich przypadków dokładnego badania źrenic, istnienia zespołów chorobowych znanych z doświadczenia oraz kuracji próbnej.

W dyskusji Kol. Okuszko: przypadki padaczki wymagają wogóle badań co do przymiotu; przymiot przebiega skokami, czasami spodziewanych odczynów niema. Bąblowca mózgu w tym przypadku nie można przypuszczać, są wtedy gwałtowne bóle głowy napadowe.

Kol. Koniecpolski zapytywał, czy badano krew po leczeniu, ponieważ może nastąpić zmiana i Wassermann może być dodatnim.

4) Kol. Szwedowski wygłosił odczyt *„Wpływ odmy sztucznej na opadanie krwinek"*.

Prelegent omówił na wstępie historję zjawiska przyśpieszonego opadania krwinek, znaczenie kliniczne i teorje powstawania odczynu Biernackiego, sposoby wykonywania tegoż i zachowanie się w stanach fizjologicznych i chorobowych. Dalej omówił zachowanie się OB w gruźlicy i wpływ odmy sztucznej na przebieg odczynu, powołując się na własne przypadki.

Doświadczenie różnych badaczy wykazuje, że przy dobrze działającej odmie opadanie krwinek szybko ulega zwolnieniu. Jeśli jest inaczej, oznacza to, że albo w płucu uciśniętem mamy kilka ognisk gruźliczych, albo też drugie płuco jest chore lub uległo w czasie leczenia zajęciu chorobą. Przy dobrze działającej odmie czasem już po miesiącu leczenia otrzymujemy powrót do liczb prawidłowych (są to odmy całkowite). Jeżeli opadanie krwinek po pewnym okresie wzniesienia zaczyna się zmniejszać na stale do cyfr niskich, które spotykamy w gruźlicy postępującej, należy wnosić, że działanie odmy nie przyniesie korzyści. Przeważnie taki stan spotykamy przy częściowych, zarastających odmach, przy niedostatecznie uciśniętem płucu lub przy nowych ogniskach

gruźliczych. Prelegent kończy słowami Gucissara, który powiada, że określenie opadania krwinek powinno zająć w badaniu chorych miejsce równorzędne z badaniem moczu lub ciepłoty.

W dyskusji Kol. Lipiński mówi o leczniczem działaniu odmy sztucznej w krwotokach płucnych.

Kol. Goldman na podstawie własnego doświadczenia i długiego szeregu prób, wykonanych w szpitalu na Czystem w Warszawie, omówił szczegółowo znaczenie odczynu Biernackiego w rozpoznawaniu schorzeń ginekologicznych, podnosząc jego wartość praktyczną. Zdaniem mówcy, należy badać równocześnie liczbę krwinek czerwonych.

Kol. Koniecpolski zaznacza, że u wagotoników jest odczyn Biernackiego zwolniony, u sympatykotoników — przyśpieszony.

Kol. Rożkowski przypomina, że przy wykonywaniu odczynu B. nie należy zapominać, o innych możliwych przyczynach przyspieszonego opadania krwinek. Dlatego w poradni należy traktować objaw ten ostrożnie. Natomiast opadanie powolne daje nam większą pewność, że chory nie ma ostrej sprawy gruźliczej.

Na zapytanie kol. Koniecpolskiego prelegent wyjaśnia, że w razie wysięku opłucnej, jeżeli ciśnienie jest ujemne, należy wykonywać dopełnienia, o ile zaś ciśnienie jest dodatnie — nie należy.

V. Kol. Okuszko omówił przypadek z praktyki: chora dziewczynka 16-letnia, objawy niedomogi gruczołu tarczowego: twarz nalana, cera blada, wzrost wstrzymany, wypadanie włosów, tętno szybkie. Stosował thyreoidynę w dawkach po 0.05 w ciągu 10 dni. Kol. O. zauważył polepszenie stanu, podawał dalej po 0.03 w ciągu miesiąca; Skóra się odnowiła, ma wygląd normalny, włosy przestały wypadać, wzrost się powiększył, tętno około 100.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego. Okrąg lwowski.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Okręg lwowski, stojąc na straży obrony interesów zawodowych lekarzy, czuje się w obowiązku wystąpienia przeciwko wszelkim zakusom, dążącym do ograniczenia zakresu zarobkowania lekarzy, stojących dzisiaj wobec widma ruiny materjalnej. Młode pokolenie lekarzy, na wyszkolenie którego państwo łoży znaczne sumy, po ukończeniu studjów stanie niebawem bezradnie w walce o byt materjalny, wobec coraz bardziej przejawiających się dążeń do zagarnięcia pola pracy przez zawody, nieznające zadań lekarskich i niewychowane w zasadach etyki lekarskiej.

Wbrew zamierzeniom naszych władz, które dążą do zaniku półwykształconych sił lekarskich, jak felczerów, ujawnia się tendencja do tworzenia półwykształconych pracowników pseudolekarskich w poszczególnych działach medycyny, które dotychczas z korzyścią dla społeczeństwa, jemu tylko służąc, były domeną fachowych sił lekarskich. W pewnych działach lekarskich musimy stwierdzić smutny fakt obniżania poziomu wykształcenia i wymagań, i to ze strony czynników, stojących blisko władz centralnych.

Z powyższych motywów Okręg Lwowski Z. L. P. P. musi z całą stanowczością wystąpić przeciw uprawnieniom, o które stara się Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie dla nielekarzy, wychowanków kursu analiz lekarskich, rozpoczętego w styczniu 1930 r. Nie możemy sprzeciwiać się zasadzie dokształcania lekarzy przez W. Z. H., w kierunku usprawnienia analiz lekarskich, musimy jednak jako niedopuszczalne uważać wciąganie do uczestnictwa w tych kursach ludzi z poza zawodu lekarskiego, jak farmaceutów, przyrodników i chemików. Tem bardziej musimy sprzeciwić się przyjmowaniu na te kursa słuchaczy, „nie posiadających wyższych studjów wogóle", a wprost musimy zaprotestować przeciwko wydawaniu nielekarzom jakichkolwiek świadectw, które miałyby służyć, jako podstawa uzyskania koncesji na samodzielne prowadzenie pracowni analiz lekarskich. Analizy lekarskie są jedynie domeną lekarską, bo on jeden rozumie cel ich, znaczenie i niebezpieczeństwo wykonania ich przez partaczy.

Przeprowadzanie analiz lekarskich połączone jest często z wykonaniem zabiegów o charakterze ściśle lekarskim, jak nakłucie żyły celem pobrania krwi, cewnikowanie (kateteryzowanie) pęcherza moczowego, sondowanie żołądka i dwunastnicy, nakłucie lędźwiowe i t. d. Trudno byłoby przypuścić, aby podobny kierownik pracowni lekarskiej, nielekarz na zapadłej prowincji, gdzie niema lekarza, sprowadzał sobie lekarza dla uzyskania materjału dla swego badania, lecz będzie zabieg ten sam wykonywał. Brak poczucia odpowiedzialności u kierownika pracowni, nielekarza będzie wprost zagrażał niebezpieczeństwem choremu, który z całem zaufaniem opartem na koncesji państwowej, odda się w ręce takiego partacza lekarskiego. Musimy pamiętać o łatwości zakażenia, które może wystąpić przy cewnikowaniu czy nakłuciu żyły, a opanowanie niebezpieczeństwa w tych razach i poniesienia odpowiedzialności w całej pełni za te czynności, wymagać można tylko od lekarza wykształconego fachowo.

Osoby bez studjów lekarskich kształcone praktycznie w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie w zakresie analiz lekarskich, mogą być uważane jako siły pomocnicze, pracujące pod kierownictwem lekarza, a nigdy jako prowadzące samodzielnie pracownie o zadaniach czysto lekarskich i tym siłom koncesji samodzielnych nadawać nie należy i niewolno.

Z powodów podanych powyżej Okręg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego zwraca się do Wydziałów Lekarskich wszystkich Uniwersytetow Polskich o poparcie akcji, skierowanej przeciwko obniżeniu poziomu naukowego i wartości pracowni lekarskich, wreszcie Naczelnej Izby Lekarskiej oraz wszystkich Izb Lekarskich regionalnych o obronę stanu lekarskiego przeciwko tym zakusom.

Okręg lwowski zwraca się do swojej centrali w Warszawie z żądaniem ostrego wystąpienia u odpowiednich czynników przeciwko udzielaniu koncesji wspomnianym nielekarzom, a absolwentom kursu analiz Państwowego Zakładu Higjeny, rozumiejąc, że Związek Lekarzy Państwa Polskiego, jako organizacja ściśle zawodowa powinien bronić swych członków przed wdzieraniem się innych zawodów w zakresie pracy zawodowej i będąc przekonanym, że w omówionej sprawie jednocześnie staje w obronie dobra ogółu i zdrowotności społeczeństwa.

Doc. W. Lipiński. *Dr. Daum.*

NEKROLOGJA.

Bł. p. Dr. MARCIN SELZER.

Ruch przeciwgruźliczy i opieka społeczna w Małopolsce wschodniej poniosły dotkliwą stratę. Jeden z ich energicznych propagatorów i bojowników Dr. Marcin Selzer uległ katastrofie samochodowej niedaleko Rawy Ruskiej 27. stycznia 1930 r. Dr. Marcin Selzer urodził się we Lwowie 1876 r. i tu ukończył



gimnazjum. W r. 1901 uzyskał dyplom wszech nauk lekarskich na Uniwersytecie Jana Kazimierza, poczem jako młody lekarz pracuje na oddziale wewnętrznym I. Szpitala Powszechnego we Lwowie pod kierunkiem śp. prof. Dra Wiczkowskiego, pierwszego prezesa lwowskiego T-wa przeciwgruźliczego. Powstałe na naszem terenie pierwsze sanatorjum ludowe dla płucno chorych w Hołosku miało w Zmarłym swego pierwszego kierownika. Z wybuchem wojny światowej zostaje powołany do służby wojskowej i pełni ją na froncie do r. 1916, poczem znowu obejmuje kierownictwo w sanatorjum w Hołosku dla piersiowo chorych

żołnierzy. W r. 1918 jako delegat Krajowej Komisji do zwalczania gruźlicy organizuje Przychodnie przeciwgruźlicze w Małopolsce wschodniej. W r.1919 porucza dr. Marcinowi Selzerowi prezydjum Polskiego Czerwonego Krzyża przeprowadzenie lustracji Przychodni przeciwgruźliczych. W r. 1920. z polecenia szefa sanitarnego D. O. K. Lwów rozszerza sanatorjum w Hołosku na 60 łóżek dla oficerów i żołnierzy. Zlikwidowane w r. 1923 wyraża D. O. K. Lwów Dr. Marcinowi Selzerowi specjalne uznanie za ofiarną pracę i zasługi na polu polskiego szpitalnictwa wojskowego. W r. 1919 zakłada z dr. Bikelesem, Dr. Schneidrem i Dr. Reichensteinem T-wo szerzenia higjeny wśród żydów, którego godność prezesa piastuje do r. 1928. Od r. 1928 T-wo powyższe wchodzi w skład TOZ'U (Towarzystwo Ochrony Zdrowia). W r. 1924 zostaje powołany na członka Wojewódzkiej Komisji Walki z gruźlicą, a w r. 1928 wchodzi w skład Komisji Wojewódzkiej Opieki Społecznej we Lwowie dla kolonji letnich.

W r. 1925 zakłada Przychodnię Przeciwgruźliczą TOZ'U, która świetnie zorganizowana stoi na wysokim poziomie wiedzy lekarskiej. Obok nieustannej pracy na polu walki z gruźlicą poświęca się z równą gorliwością innym działom pracy społecznej jak kolonjom wakacyjnym, opiece nad matką ciężarną i dzieckiem i Uzdrowisku w Dębinie dla dzieci zagrożonych gruźlicą.

Nadzwyczajny talent organizatorski tworzenia małymi środkami rzeczy wielkich, idący w parze z bystrością przewidywania najdrobniejszych szczegółów z zapałem i energją w przezwyciężeniu przeszkód — to cechy charakteru Zmarłego. Jako naczelny Lekarz przychodni przeciwgruźliczej TOZ'U był Dr. Marcin Selzer dla swoich współpracowników najlepszym kolegą, dzieląc się z nimi swoją bogatą wiedzą fachową, nabytą rozległą praktyką prywatną i pilną pracą naukową. Szereg rozpraw naukowych z zakresu higjeny i gruźlicy ogłosił Zmarły w pismach lekarskich krajowych, i zagranicznych.

Tragiczna śmierć dra Marcina Selzera wywołała powszechny żal nietylko wśród lekarzy, ale także całego społeczeństwa lwowskiego.

Cześć pamięci szlachetnego lekarza i dobrego obywatela.

Dr. D. Heftel.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Uczczenie zasług prof. K. Noiszewskiego. Dnia 1 lutego 1930 roku w sali wykładowej I Kliniki Chorób Wewnętrznych, w Szpitalu św. Ducha, w Warszawie odbyła się Akademja Uroczysta ku czci opuszczającego klinikę Dyrektora Kliniki Ocznej Uniw. Warsz. prof. Dra K. Noiszewskiego. Akademję urządził Wydział Lekarski Uniw. Warsz. z Dziekanem prof. K. Orzechowskim na czele. Akademję uświetnili swą obecnością: Jego Magnificencja Rektor prof. Dr. Brzeski, członkowie Senatu Akademickiego, wraz z profesorami i docentami Uniw. Wśród obecnych byli p. Marszałek Senatu prof. Dr. Szymański, jako delegat Uniwersytetu Stefana Batorego, prof. Dr. W. Kapuściński jako delegat Uniwersytetu Poznańskiego oraz Towarzystwa Poznańskiego Lekarskiego i „Nowin Lekarskich", przedstawiciele Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Warsz. Towarzystwa Okulistycznego, Ordynatorzy oddziałów ocznych w Warszawie, i liczne grono lekarzy i studentów.

Akademję w serdecznych słowach zagaił Dziekan prof. K. Orzechowski, który podkreślając niespożyte zasługi prof. Noiszewskiego dla nauki, oraz jego wybitną działalność dla Uniwersytetu, mianowicie, jako I. Dyrektora Kliniki Ocznej, stwierdził, że obecnie uwolniony od ciężaru kierowania kliniką i związanych z tem zajęć, będzie się mógł poświęcić ukochanej nauce i tembardziej jeszcze będzie pożytecznym dla okulistyki polskiej. W imieniu uczniów przemawiał doc. Melanowski. W krótkich i serdecznych słowach, stwierdził on, że prof. N. w epoce popowstaniowej zesłany z rodzicami do Rosji odbył pierwsze studja w Orle i Moskwie, pomimo to od zarania życia stwierdził swą polskość pracą dla Polski. Pierwszą swą pracą, wykonaną jeszcze w 1887 roku, w Krakowie pod kierunkiem prof. Rydla „o barwikowem zwyrodnieniu siatkówki", rozpoczął prof. N. szereg prac o wybitnej wartości naukowej, wyróżnianych, nagradzanych i podziwianych w kraju i na obczyźnie. Wśród tych prac wyróżnia się praca o oku selenowem (elektroftalmic), która to praca obecnie w Anglji urzeczywistniona — daje możność ślepcom czytać. Prace naukowe i wysokie walory osobiste, zostały wyróżnione przez dwie wszechnice Wileńską i Warszawską, które obrały go na profesora. Jemu też okulistyka polska zawdzięcza powstanie i prowadzenie jedynego w zach. słowiańszczyźnie pisma okulistycznego. Jako lekarz prof. N. odnosi się zawsze z prawdziwą miłością do chorych. Jako kierownik kliniki dba o rozwój indywidualny swych uczniów i cieszy się z ich postępów i prac. Toteż w Jego klinice, obok znacznej liczby słuchaczów uniwersyteckich, kształci się przeszło dwudziestu lekarzy, którzy w nim, jako w swym kierowniku widzieli zawsze serdecznego przyjaciela i starszego i doświadczonego kolegę. Obecnie żegnają go z żalem, gdyż pragnęliby iść dalej pod jego przewodnictwem, by stać się godnymi jego jako polaka, uczonego i człowieka. Prof. Okulistyki Uniw. Wileńskiego prof. J. Szymański, Marszałek Senatu w słowach pełnych życzliwości i uznania uwydatnił dotychczasowe zasługi prof. N. Ku wiecznej rzeczy pamiątce jedna z sal w klinice okulistycznej Wileńskiej została nazwana „salą Noiszewskiego". Prof. Okulistyki Uniw. Poznańskiego Dr. W. Kapuściński wśród wyrazów hołdu dla prof. N. od Uniwersytetu i od siebie wspomniał o jego pracy dla dzielnicy zachodniej Polski, jeszcze w czasach niewoli, kiedy to prof. N. był jednym z pierwszych, zasilających stale swemi pracami pismo: „Nowiny Lekarskie". Dalej p. Dziekan prof. Orzechowski odczytał list z życzeniami od Dyrektora kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego, prof. Dra. K. Majewskiego. W imieniu najmłodszych uczniów byłych słuchaczów prof. N. przemawiał Dr. Odrzywolski, który podkreślił, że w wykładach prof. N. obok ziarna wiedzy okulistycznej, słuchacze otrzymywali w obfitości wskazówki życzliwego i serdecznego stosunku do chorych. Nauki te, jako niesłychanie ważne dla lekarza będą pielęgnować i wcielać w życie, wspominając z wdzięcznością czcigodnego swego profesora. Od Warszawskiego Towarzystwa Okulistycznego przemawiał wiceprezes płk. dr. K. Karnicki. Mówca ten uwydatnił zasługi prof. Noiszewskiego, jako długoletniego prezesa Warsz. Tow. Okulistycznego. Na zasługi te składały się liczne odczyty i pokazy profesora, oraz jego uczniów, które często wypełniały całkowicie posiedzenia Towarzystwa. Szczególnie życzliwie odnosił się i odnosi prof. N. do wszelkich prac młodszej generacji okulistów, zachęcając ich zawsze do dalszej pracy i oceniając ich wysiłki bardzo przyjaźnie.

W odpowiedzi na przemówienia prof. Noiszewski podziękował wszystkim za przyjazne słowa i podkreślił, że czuje się szczęśliwym z powodu spełnienia się jego marzenia, że w wolnej Polsce był pierwszym profesorem okulistyki odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego. Szczególnie miłe były mu wyrazy uznania za stosunek jego do chorego człowieka, gdyż cierpiącego człowieka kochał zawsze, i zawsze, w miarę sił i możności starał mu się pomóc. Pracę dla nauki uważał zawsze i uważa, za swój obowiązek i rzeczywiście pracować dalej będzie. A dzień dzisiejszy pozostanie mu zawsze jasnem wspomnieniem.

Uczczenie pamięci ś. p. prof. S. Bądzyńskiego. Dnia 8 lutego r. b. o godz. 8 wieczorem odbyła się z inicjatywy Wydziału lek. U. W. w Auli Uniwersytetu uroczysta Akademja ku czci ś. p. Stanisława Bądzyńskiego prof. zwycz. chemji fizjolog. U. W. W organizowaniu jej uczestniczyły wszystkie stowarzyszenia, których prof. Bądzyński był czynnym członkiem, a więc: Senat Uniwersytetu Warszawskiego, Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, Wydział lekarski Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie, Polska Akademja umiejętności, Towarzystwo Naukowe Warszawskie, Akademja nauk lekarskich, Polskie Tow. Chemiczne, Tow. przyrodników im. Kopernika, Polskie Tow. biologiczne. Na uroczystość przybyli liczni słuchacze, wśród których widziano przedstawicieli rządu, świata nuakowego i oficjalnych organizacji lekarskich. Akademję zagaił Jego Magnificencja rektor prof. T. Brzeski. Następnie przemawiali kolejno prof. St. Dąbrowski z Poznania, prof. Dr. Sieradzki ze Lwowa, wreszcie Dr. J. May, imieniem ostatnich uczniów prof. Bądzyńskiego. W podniosłych słowach podkreślali mówcy znamienne cechy charakteru zmarłego. Jego głęboki do największych poświęceń zdolny patrjotyzm i prawdziwe, linją całego życia stwierdzone umiłowanie nauki, a specjalnie chemji fizjologicznej, której się poświęcił, oryginalność umysłu przejawiającą się w bogatym i cennym dorobku naukowym i mnogości hojnie rozdawanych tematów. Wreszcie godną całości dobroć i skromność, wielkiej miary ludziom właściwa. W Zakładzie Chemji fizjologicznej, którego kierownikiem był prof. Bądzyński przez lat 8 zakończyła się uroczystość niniejsza odsłonięciem tablicy pamiątkowej.

Prof. St. Przyłęcki zakomunikował zebranym, że Rada Wydziału lekarskiego U. W. doceniając mnogość i wagę zasług ś. p. Prof. Bądzyńskiego uchwaliła jednogłośnie nazwać dużą salę ćwiczeń imieniem tego zacnego Obywatela i wielkiego uczonego. Jednocześnie Wydział nauki M. W. R. i O. P. zgodził się na wniosek Wydziału lekarskiego, utworzyć Stypendjum im. ś. p. prof. Bądzyńskiego, dla badań nad przemianą składników azotowych.

W szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów, który wkrótce będzie otwarty, są do obsadzenia 4 płatne stanowiska asystentów oddziałowych (3 pedjatrzy i 1 chirurg). Reflektanci, mający minimum 3 lata pracy szpitalnej, zechcą złożyć swe oferty wraz z curriculum vitae do dnia 10. III. r. b. w Kancelarji Towarzystwa Przyjaciół Dzieci (Leszno 11), p. adresem Naczelnego Lekarza Szpitala.

Z Państwowej Szkoły Higjeny. Czwarty Kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów państwowych, samorządowych i z biur instalacyjnych rozpoczął się w Państwowej Szkole Higjeny w dniu 15-ym lutego r. b. i będzie trwał 4-ry tygodnie.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 18 lutego 1930 r. o godz. 8-mej wiecz. punktualnie. 1) J. Węgierko: Leczenie dietetyczno-insulinowe cukrzycy. 2) L. Zembrzuski: Nauczanie historji medycyny w Polsce. Szkic historyczny.

Wybory w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem. W komunikacie umieszczonym pod tym tytułem na stronie 115 numeru 6-tego Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. podano na podstawie mylnej informacji, że Prezesem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na rok 1930 wybrano prof. Ludwika Paszkowskiego. Tymczasem prezesem tego towarzystwa na rok 1930 został wybrany prof. Dr. Witold Orłowski, wiceprezesem zaś prof. Ludwik Paszkowski, co zresztą zostało już ogłoszone w protokole wspomnianego towarzystwa z dnia 7 stycznia b. r. na stronie 133 numeru 7-go Polskiej Gazety Lekarskiej. z r. b.

Dr. Ludwik Zembrzuski habilitował się na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego z zakresu historji medycyny.

Odznaczenie. Dr. Eugenjusz Piestrzyński, dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, został odznaczony po raz pierwszy Złotym Krzyżem Zasługi na polu pracy społecznej.

Kraków.

Dr. Leon Fuchs, dyrektor państw. szpitala św. Łazarza w Krakowie, pełniący na tem stanowisku obowiązki służbowe od roku 1920, został przeniesiony na własną prośbę w stały stan spoczynku. Zastępczo objął obowiązki dyrektora doc. dr. January Zubrzycki, prymarjusz oddz. położniczo-ginekologicznego szpitala.

Jubileuszowy Zjazd Balneologiczny. Na 25-ciolecie swojego założenia urządza Polskie Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie, jako swojej siedzibie, w dn. 12 i 13 kwietnia b. r. Zjazd Balneologiczny. Program obejmuje wykłady naukowe, oraz referaty, zajmującemi się sprawami lekarsko-naukowej i gospodarczej organizacji zdrojownictwa. Mimo czysto krajowego charakteru Zjazdu przewiduje Komitet Zjazdowy przybycie przedstawicieli zagranicznych organizacyj balneologicznych. Ze zjazdem łączy Towarzystwo Wystawę Baleonologiczną, w której wezmą zapewne udział wszystkie uzdrowiska polskie i przedstawią swój materjalny dorobek z ostatniego ćwierćwiecza. Szczegółowe komunikaty zostaną ogłoszone w najbliższym czasie.

Lwów.

Program ogólnego kursu uzupełniającego dla lekarzy, zorganizowanego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

I) Medycyna wewnętrzna. A) Wykłady. 1) Doc. Dr. Czernecki: Przewlekłe i utajone zapalenie wyrostka robaczkowego, 1 godz. — 2) Prof. Dr. Franke: Przemiana gazowa w schorzeniach tarczycy, 1 godz. — 3) Prof. Dr. Grek: a) Wrzód żołądka i jego leczenie, 1 godz. b) wspólnie z Dr. Tyszką: Sztuczna odma piersiowa powietrzna i olejowa w gruźlicy płuc, 1 godz. — 4) Prof. Dr. Rencki: a) Niedokrwistość złośliwa, rozpoznawanie i leczenie, 1 godz. b) Niedomoga serca i jej leczenie, 1 godz. c) wspólnie z Dr. Czyżowską: Cukrzyca i jej leczenie, 1 godz. — 5) Doc. Dr. Sabatowski: Wskazania do leczenia zdrojowego w chorobach wewnętrznych, 1 godz. — 6) Doc. Dr. Sochański: O otyłości i jej leczeniu, 1 godz. — B) Ćwiczenia. 1) Dr. Grabowski: Ćwiczenia w rozpoznawaniu obrazów Roentgenowskich, 2 godz. — 2) Dr. Tomanek, Dr. Jankowski, Dr. Olszewski. Ćwiczenia w badaniu krwi, wydzielin i wydalin, 2 godz. — 3) Dr. Tyszka: Ćwiczenia w zakładaniu i dopełnianiu sztucznej odmy piersiowej, 4 godz.

II) Choroby wieku dziecęcego. 1) Prof. Dr. Groer: a) Gorączki u dzieci, 1 godz. b) Krzywica-patogeneza, rozpoznawanie i leczenie, 1 godz. c) Zagadnienie płonicy. (Szczepienie ochronne i lecznictwo) 1 godz. — 2) Doc. Dr. Progulski: Zaburzenia w odżywianiu u niemowląt, 2 godz.

III) Chirurgja. A) Wykłady. 1) Doc. Dr. Gruca: a) Gruźlica chirurgiczna, 1 godz. b) Żylaki i ich leczenie, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Hilarowicz: Ostre schorzenia chirurgiczne jamy brzusznej, 1 godz. — 3) Doc. Dr. Laskownicki: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, 2 godz. — 4) Prof. Dr. Ostrowski: Kamica żółciowa ze stanowiska chirurg., 1 godz. — 5) Prof. Dr. Schramm: Schorzenia chirurgiczne opłucny, 1 godz. — B) Ćwiczenia: 1) Doc. Dr. Gruca: Ćwiczenia w zakładaniu opatrunków ustalających, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Hilarowicz: Ćwiczenia w znieczulaniu miejscowem i usypianiu, 1 godz.

IV) Położnictwo i choroby kobiece: A) Wykłady. 1) Prof. Dr. Bocheński: a) Postępowanie w przypadkach ścieśnień miednicy, 1 godz. b) Leczenie łożyska przodującego, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Mączewski: a) Leczenie spraw zapalnych przydatków macicy, 1 godz. b) Leczenie upławów, 1 godz. — 3) Doc. Dr. Wiczyński: Przyczyny i leczenie nieprawidłowości krwawień miesięcznych, 1 godz. — B) Ćwiczenia. 1) Prof. Dr. Bocheński: a) Rozpoznawanie i leczenie raka macicy, 2 godz. b) Prowadzenie porodu prawidłowego.

V) Dentystyka. 1) Prof. Dr. Cieszyński: a) Rozpoznawanie chorób zębów i okolicy przyzębnej, 1 godz. b) Wyjmowanie zębów i znieczulanie, 2 godz.

VI) Dermatologja. 1) Prof. Dr. Lenartowicz: a) Zapobieganie i leczenie kiły wrodzonej, 1 godz. b) Wczesne rozpoznawanie chorób grzybkowych skóry i ich leczenie, 1 godz. — 2) Prof. Dr. Leszczyński: Leczenie gruźlicy skóry, 1 godz.

VII) Laryngologja. 1) Doc. Dr. Dobrzański: Postępowanie przy ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i przełyku, 1 godz. — 2) Prof. Dr. Zalewski: a) Gruźlica górnych dróg oddechowych, rozpoznawanie i leczenie, 1 godz. b) Twardziel górnych dróg oddechowych rozpoznawanie i leczenie, 1 godz.

VIII) Neurologja. 1) Prof. Dr. Halban: a) Parkinsonizm i sprawy pokrewne, (schorzenia jąder podstawowych mózgu), 2 godz. b) Badanie nerwowo-chorych, 2 godz. — 2) Prof. Dr. Rothfeld: a) Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze nakłucia lędźwiowego, 1 godz. b) Wykonywanie nakłucia lędźwiowego i badanie płynu mózgo-rdzeniowego, 2 godz.

IX) Okulistyka. 1) Prof. Dr. Bednarski: a) Rozpoznawanie i leczenie jaglicy, 1 godz. b) Wczesne rozpoznanie i leczenie jaskry, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Reiss: Badanie dna oka w praktyce, 2 godz.

X) Medycyna sądowa. 1) Prof. Dr. Sieradzki: Sekcja i orzeczenie sądowo-lekarskie, 2 godz.

XI) Anatomja patologiczna. 1) Prof. Nowicki: Patogeneza i anatomja patologiczna twardzieli, 1 godz.

Powyższy kurs będzie trwał od dnia 29 marca do 7 kwietnia 1930 r. włącznie, a wykłady i ćwiczenia będą się odbywały w budynkach Wydziału lekarskiego Uniwersytetu i Szpitala Państwowego lwowskiego. Karty uczestnictwa i szczegółowy program kursu wraz z podziałem godzin otrzymają uczestnicy kursu za złożeniem 50 złotych w biurze Dziekanatu Wydziału lekarskiego U. J. K. w godzinach od 9 do 14 (nowy gmach Uniwersytetu. Ulica Marszałkowska 1), począwszy od dnia 27 marca 1930 r. lub z dniem rozpoczęcia kursu w klinice chorób wewnętrznych (ulica Pijarów l. 4) u asystenta kliniki Dr. Grabowskiego.

Równocześnie z powyższym kursem uzupełniającym w godzinach wieczornych w budynkach Wydziału lekarskiego U. J. K. będą się odbywały wykłady kursu chorób zawodowych, zorganizowanego przez Wydział Zdrowia Miasta Lwowa, którego program jest podany niżej.

Program kursu o chorobach zawodowych dla lekarzy zorganizowanego przez Wydział Zdrowia m. Lwowa. 1) Dr. Eugenjusz Doliński, Naczelny lekarz m. Lwowa: Przepisy o zapobieganiu chorobom zawodowym w Polsce i ich zwalczaniu 1 godz. — 2) Doc. Dr. Antoni Sabatowski: Rola i obowiązki Kas Chorych w zwalczaniu chorób zawodowych 1 godz. — 3) Prof. Dr. Witold Nowicki: Choroby zawodowe, a nowotwory 2 godz. — 4) Prof. Dr. Włodzimierz Koskowski, wspólnie z Drem Dadlezem: Środki powodujące zatrucia zawodowe: a) część chemiczna 2 godz., b) część dynamiczna 2 godz. — 5) Prof. Dr. Teofil Zalewski: Wpływ hałasu na narząd słuchowy 3 godz. — 6) Dr. Zdzisław Tomanek, asyst. Kliniki chorób wewn.: Pylica, a gruźlica płuc 1 godz. 7) Dr. Aleksander Domaszewicz, Prymarjusz Szpitala pow-

szechnego: Choroby nerwowe nabyte wskutek pracy zawodowej (u telefonistek, sygnalistów, muzyków i t. p.) 2 godz. — 8) Doc. Dr. Witold Lipiński, Prymarjusz Szp. powsz.: Choroby zakaźne jako choroby zawodowe 3 godz. — 9) Doc. Dr. Wiktor Reiss. Choroby oczu i ich przydatków: zaćma szara, oczopląs, i praca zawodowa z bliska łącznie z higjeną szkolną 2 godz. — 10) Doc. Dr. Henryk Hilarowicz: Choroby zawodowe chirurgiczne, 1 godz. — 11) Prof. Dr. Jan Lenartowicz: Luźne rozdziały z zakresu uszkodzeń skóry w zawodzie i przemyśle 4 godz. — 12) Doc. Dr. Henryk Sochański: Zmiany chorobowe o charakterze gośćcowym u górników, murarzy, praczek, robotników ziemnych i t. p. 1 godz. — 13) Dr. Witold Grabowski, asyst. Kliniki chor. wewn.: Uszkodzenie zawodowe energją promienną 1 godz. — 14) Prof. Dr. Juljusz Marischler: Kliniczne objawy spotykane w niektórych zatruciach zawodowych 2 godz. — 15) Inspektor Okręgowy Pracy Inż. Arnulf Nawratil: Działalność inspekcji pracy w ochronie pracowników przeciw nieszczęśliwym wypadkom i szkodliwościom zdrowia 2 godz. ewent. 4 godz. — 16) Doc. Dr. Włodzimierz Mozołowski: Fizjologia znużenia przemysłowego 2 godz.

Powyższy kurs będzie trwał od dnia 29 marca do 9 kwietnia 1930 r. włącznie, a wykłady będą się odbywały równocześnie z uzupełniającym kursem dla lekarzy zorganizowanym przez Uniwersytet J. K., nie będą jednak z sobą kolidowały, tak, że możliwem będzie wysłuchanie obu kursów. Zgłoszenia na kurs przyjmuje Miejski Wydział Zdrowia przy pl. Dąbrowskiego L. 3, I. p. w godzinach urzędowych i wydaje karty uczestnictwa, które uprawniają do bezpłatnego korzystania z wykładów i demonstracyj, do otrzymania zniżek w hotelach wskazanych przez Zarząd kursu, do 50% zniżki kolejowej w drodze powrotnej i do otrzymania urzędowego poświadczenia z odbytego kursu. Zauważa się, że PP. Lekarze Kas Chorych i Lekarze fabryczni mogą uzyskać od swoich Władz płatny urlop, zwrot kosztów podróży i stypendjum na czas trwania kursu. We Lwowie, dnia 11. lutego 1930 r. Dr. E. Doliński Naczelnik Miej. Wydziału Zdrowia.

Na rachunek Funduszu im. ś. p. prof. Aleksandra Rosnera przesłał Dr. Józef Brzeziński z Zawiercia kwotę 100 zł, na ręce naszej redakcji. Kwota ta została przekazaną Komitetowi redakcyjnemu naszego czasopisma w Krakowie.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. III. posiedzenie naukowe odbyło się dn. 14 lutego b. r. z następującym porządkiem dziennym: Pokazy. 1) Dr. K. Budzanowski: Przypadek choroby Mikulicza. 2) Doc. St. Laskownicki: a) Zdjęcia nerek (pyelographia), b) Przypadek obustronnej kamicy nerkowej, wyleczony operacyjnie. 3) Dr. Adam-Falkiewiczowa: Przypadek obustronnego guza zaułka mostowo-móżdżkowego. — 4) Dr. K. Szumowski: Rzadki przypadek wady rozwojowej nosa u oseska. 5) Dr. W. Ziembicki: Wspomnienie o ś. p. Prof. Benedykcie Dybowskim (wykład). W dyskusji zabierali głos Kol. Barącz, Naróg, Musiał, Gąsiorowski, T. Ostrowski, Domaszewicz, Rothfeld.

Poznań.

W piątek dnia 7 lutego 1930 roku o godz. 20,15 odbyło się w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski) Zebranie Wydziału Lekarskiego łącznie z Tow. Internistów Polskich, Koło Poznań, z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Wybór nowych członków. 3) Pokazy. 4) Prof. Dr. I. Hoffman: Dna i artretyzm.

Wilno.

Do Zarządu Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich na rok 1930 weszli: Prezes prof. Dr. A. Januszkiewicz, Wiceprezes — Dr. H. Rudziński, Sekretarz — Dr. M. Świda, Skarbnik — Dr. J. Klukowski. Komisja rewizyjna: Dr. W. Bądzyński, Dr. M. Gojdź i Dr. A. Kapłon.

Ze świata.

Kalendarz zjazdowy. Zjazdy stomatologiczne. 1930 Sierpień. Pierwszy tydzień: Doroczne zebranie F. D. I. Bruksela. — Wrzesień: Międzynarodowy Zjazd stomatologiczny w Wenecji.

1931 Czerwiec: W Zielone święta lub święto Piotra i Pawła: V. Polski Zjazd stomatologiczny we Lwowie. — Sierpień: Pierwszy tydzień: VIII. Międzynarodowy Zjazd dentystyczny, zorganizowany przez F. D. I. w Paryżu. — Wrzesień: Międzynarodowy Zjazd stomatologiczny A. S. I. z okazji 300-letniego jubileuszu Uniwersytetu w Budapeszcie.

Komunikat. Z okazji obchodu Stulecia Niepodległości Belgji i w Związku z Wystawą Międzynarodową w Liège odbędzie się w dniach 14—18 września 1930 r. tamże V. Kongres Międzynarodowy Przyrodolecznictwa (Physiothérapie). Na zaproszenie Generalnego Sekretarjatu Kongresu utworzył się wzorem innych narodowości Polski Komitet Narodowy. Celem Komitetu jest reprezentowanie naszych interesów w stosunku do Generalnego Sekretarjatu Kongresu, utrzymanie z nim kontaktu, przyjmowanie wykładów i referatów zgłoszonych z Polski, informowanie kolegów i zorganizowanie ich wyjazdu do Liège. W skład komitetu wchodzą: Prof. I. Wierzejewski — Poznań, jako prezes. Jako członkowie. Dr. A. Alkiewicz — Poznań, Prof. St. Borowiecki — Poznań, Dr. Chodźko — Warszawa, Doc. J. J. Dębicki — Lwów, Dr. J. Drac — Warszawa, Doc. Elektorowicz — Warszawa, Doc. Filiński — Warszawa, Doc. A. Gruca — Lwów, Dr. Jagielski — poznań, Prof. W. Jezierski — Poznań, Prof. A. Jurasz — Poznań, Prof. L. Korczyński — Kraków, Prof. B. Kowalski — Poznań, Prof. E. Loth — Warszawa, Doc. F. Łabendziński — Poznań, Prof. K. Mayer — Poznań, Dr. E. Meisels — Lwów, Dr. N. Mesz — Warszawa, Dr. W. Missiuro — Warszawa, Prof. W. Orłowski — Warszawa, Dr. F. Raszeja — Poznań, Prof. Rutkowski — Kraków, Dr. B. Sabat — Warszawa, Doc. Sabatowski — Lwów, Doc. A. Wojciechowski — Warszawa, Dr. Janina Zniniewicz — Poznań. Adres Sekretarjatu Polsk. Kom. Nar.: Poznań, Klinika Ortopedyczna, ul. Gąsiorowskich 7 (Dr. Raszeja).

Kongres Przyrodolecznictwa obejmuje następujące sekcje: 1) gimnastyka lecznicza (kinesiterapja) oraz wychowanie fizyczne, 2) radjologja (Roentgeno- i Curieterapja), 3) wodolecznictwo, klimatologja i termoterapja, 4) elektrologja. 5) leczenie światłem (aktynologja). Wykłady i referaty przeznaczone dla Kongresu muszą być pisane na maszynie i złożone w Polskim Komitecie Narodowym najpóźniej do 1. kwietnia 1930. Udział w kongresie należy zgłaszać do Sekretarjatu Generalnego: Dr. Dubois-Trépagne, 25, rue Louvrex, Liège, przy równoczesnem uwiadomieniu Pol. Kom. Nar. i przesłać 150 franków belg. (30 — Belgas) do skarbnika Kongresu: Dr. de Keyser, Bruxelles, comte chèque-postal Nr. 2430.65. (Opłatę za uczestnictwo można przesłać z Polski tylko za pośrednictwem banków). Dla zapewnienia uczestnikom zjazdu zawczasu mieszkań, zniżek kolejowych i t. d., niezbędnem jest jaknajwcześniejsze zgłaszanie się według następującego wzoru:

V. Congrès International de Physiothérapie à Liège
14. au 18. Septembre 1930.

Le soussigné . . . .
Titres et l'adresse complète . . . .
Déclare adhérer au Congrès de Physiothérapie de Liège 1930. et adresse ce jour sa cotisation, soit 30. Belgas, au Docteur de Keyser, Compte Chèque-Postal Nr. 2430. 65 à Bruxelles, Il déclare s'inscrire pour la commucation suivante:
. . . .

à renvoyer: au Docteur Dubois-Trépagne, 25, Rue Louvrex, Liège. Signature

Uczestnicy Kongresu korzystać będą z zniżki w wysokości 35% na kolejach belgijskich i 50% na kolejach francuskich. O zniżkę na kolejach polskich komitet czyni starania. Bezpośrednio po ukończeniu Kongresu rozpoczną się w Liège obrady II. Zjazdu Ligi Międzynarodowej walki z Reumatyzmem (18—21 IX. 30). Uczestnicy Kongresu Przyrodolecznictwa dopuszczeni będą do obrad Ligi Międzynarodowej bez opłaty specjalnej. Bliższe informacje udziela sekretarjat Polsk. Kom. Nar. Dalsze komunikaty w sprawie Kongresu będą ogłaszane w miarę potrzeby.

Redakcja otrzymała.

Schönbauer Leopold: „Die Chirurgie der Knochen". Wyd. „Die Chirurgie". Lieferung 26, II Band, 2 Teil, Urban et Schwarzenberg Berlin.

Verhandlungen der ungarischen ärztlichen Gesellschaften, I Jahrgang, Nr. 10.

W. Grzywo-Dąbrowski: „Uwagi lekarza sądowego do projektu kodeksu karnego". Odb. z „Głosu Sądownictwa", nr. 10/1929 i 1/1930 r.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 24-e année, nr. 12, décembre 1929.

Revue Sud-Américaine de médecine te de chirurgie, Tome I, nr. 1, janvier 1930. Masson et Cie Paris.

Stefan Kramsztyk: „Spór o żelazo". Odb. z Therapia nova, nr. 6 i 7 z 1929.